

**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК
Кафедра психологии**

НАРКОЛОГИЯ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

**Наглядные материалы к курсу лекций
для студентов, обучающихся
по специальности 1-23 01 04 «Психология»**

**МИНСК
2013**

УДК 613.83(075.8)
ББК 51.1(4 Бей)2я73
Н29

С о с т а в и т е л ь
А. И. Горбачев

Рекомендовано советом факультета
философии и социальных наук
28 ноября 2013 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы :
кандидат психологических наук, доцент *Ю. Г. Фролова*;
заведующий кафедрой социальных коммуникаций
кандидат социологических наук, доцент *О. В. Терещенко*

Наркология и психофармакология : наглядные материалы к курсу
Н29 лекций для студентов, обучающихся по специальности 1-23 01 04
«Психология» / сост. А. И. Горбачев. – Минск: БГУ, 2013. – 70 с.

Особенностью практической деятельности современного психолога является постоянное взаимодействие с результатами воздействия психотропных препаратов на организм человека, что определяется высокой частотой распространения психических заболеваний наркомании, алкоголизма и нарушений адаптации во всех социальных слоях и возрастных группах населения.

Цель издания – показать студентам-психологам на схемах, таблицах наркологию, психофармакологию как интегральную научную дисциплину, абсорбирующую фундаментальные достижения физиологии, психологии, психиатрии, клинической и молекулярной фармакологии, наркологии.

УДК 613.83(075.8)
ББК 51.1(4 Бей)2я73

© БГУ, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Тема 1. Агонисты и антагонисты синоптической передачи.....	6
Тема 2. Характеристика парентеральных путей введения лекарственных средств.....	7
Тема 3. Кривые, показывающие зависимость эффекта действия от дозы вещества.....	8
Тема 4. Схема взаимодействия лекарственного вещества с организмом.....	9
Тема 5. Изменения, вызываемые фармакологическими средствами.....	10
Тема 6. Принципы психофармакотерапии.....	11
Тема 7. Основные методы лечения психических расстройств..	12
Тема 8. Классификация психотропных препаратов.....	13
Тема 9 Клиническая систематика психотропных средств и сферы их преимущественного применения.....	15
Тема 10. Психотропная активность основных нейролептиков и транквилизаторов.....	16
Тема 11. Психические эффекты психотропных препаратов.....	17
Тема 12. Терапия солями лития. Инсулинотерапия. Электросудорожная терапия.....	18
Тема 13. Отрицательное действие лекарственных средств на организм.....	19
Тема 14. Взаимосвязь между критическими сроками развития плода и приемом матерью лекарственных средств.....	20
Тема 15. Этапы истории терапии психических больных.....	21
Тема 16. Схема формирования зависимости к психоактивным веществам	23
Тема 17. Эпидемиология употребления наркотических веществ. Психологические и социальные факторы.....	24
Тема 18. Экзогенные психические нарушения.	25
Тема 19. Основные психопатологические синдромы острой стадии интоксикации	26
Тема 20. Основные формы мотивации употребления психоактивных веществ.....	27
Тема 21. Диагностические критерии злоупотребления наркотическими веществами (DSM 1Y).....	28
Тема 22. Диагностические критерии наркотической зависимости (DSM 1Y)	29
Тема 23. Генетическая предрасположенность злоупотребления наркотическими веществами	30
Тема 24. Органический психосиндром, связанный с психоактивными веществами.....	31

Тема 25. Этиология алкоголизма	32
Тема 26. Классификация бытового пьянства.....	33
Тема 27. Основные психопатологические признаки хронического алкоголизма I(начальной) стадии.....	34
Тема 28. Металкогольные психозы	34
Тема 29. Дифференциальный диагноз начальной стадии алкоголиз- ма и невротического состояния.....	35
Тема 30. Прием алкоголя и эффективность лекарственного вещества	36
Тема 31. Последствия потребления никотина	37
Тема 32. Проявления злоупотребления наркотическими веществами.....	39
Тема 33. Продолжительность и выраженность фаз действия морфи- на	40
Тема 34. Наркотический эффект снотворных	41
Тема 35. Характерные черты синдрома отмены седативно- снотворных средств	42
Тема 36. Психостимуляторы	42
Тема 37. Острые реакции при применении марихуаны.....	43
Тема 38. Последствия применения марихуаны.....	43
Тема 39. Дифференциальный диагноз отравлений средней тяжести некоторыми ПАВ	44
Тема 40. Наркотический эффект гашиша.....	45
Тема 41. Частные формы токсикомании.....	47
Тема 42. Наркомания и психические заболевания.....	48
Тема 43. Симптомы психических расстройств, связанные с храни- ческим употреблением наркотических веществ.....	50
Тема 44. Анаболические стероиды	51
Тема 45. Лекарственные растения	53
Литература.....	57
Приложения	58
Приложение А.....	58
Приложение Б.....	60
Приложение В.....	66
Приложение Г.....	67

Все лекарства действуют на людей к ним привыкшим, слабее, а на некоторых и вовсе не оказывают никакого действия.

Феофраст, IV век до.н.э.

Гиппократ говорил, что лечить следует, обращая внимание, как на общее, так и на частное.

Цельс I век н.э.

ВВЕДЕНИЕ

Особенностью практической деятельности современного психолога является постоянное взаимодействие с результатами воздействия психотропных препаратов на организм человека, что определяется высокой частотой распространения психических заболеваний наркомании, алкоголизма и нарушений адаптации во всех социальных слоях и возрастных группах населения.

Биологическая терапия, как один из методов лечения и коррекции, занимает одно из центральных мест в психических и эмоциональных нарушениях. Внедрение в клиническую практику психиатрических стационаров и амбулаторного лечения высокоактивных психотропных препаратов, содержащих физиологически активные соединения, воздействующие на обмен нейромедиаторов, процессы синаптической передачи и метаболический реакции в нейронах головного мозга изменило классический облик больных, особенно при эндогенных психозах. Фармакологические свойства психотропных препаратов (как положительные, так и отрицательные), клиническое применение, противопоказания, взаимодействия с другими веществами многообразны.

Медицинскому психологу важно знать клинические и теоретические основы современной наркологии и психофармакологии: строение и свойства рецепторов нейромедиаторов, фармакологические эффекты основных классов лекарственных препаратов психотропного действия – нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, нормотических средств, ноотропов. Литература, посвященная клиническому применению и фармакологическим свойствам психотропных препаратов наркомании, алкоголизма огромна. Целью данного пособия является в возможно простых схемах, таблицах показать студентам-психологам наркологию, психофармакологию как интегральную научную дисциплину, абсорбирующую фундаментальные достижения физиологии, психологии, психиатрии, клинической и молекулярной фармакологии, наркологии.

Тема 1

АГОНИСТЫ И АНТАГОНИСТЫ СИНАПТИЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ

Каждый рецептор постсинаптической мембраны взаимодействует со своим специфическим медиатором, в результате чего повышается проводимость для соответствующего иона. Однако, такая специфичность к медиатору не абсолютна – практически все рецепторы способны связываться и с другими веществами. Если это приводит примерно к такому же сдвигу проводимости, значит, действующее вещество полностью заменяет медиатор и является агонистом. Наконец, некоторые молекулы, связываясь с анаптическими рецепторами, не вызывают изменений проводимости, поскольку, занимая рецептор, они препятствуют действию медиаторов или их агонистов: речь идет в данном случае о синаптических антагонистах. Связывание их может быть обратимым: спустя определенный период времени антагонист отделится от рецептора. Такие вещества называют конкурентными антагонистами, так как они конкурируют с медиаторами и их агонистами за участки связывания. Хорошо известный конкурентный антагонист ацетилхолина в концевой пластинке – яд кураре .



Схема влияния кураре и эзерина на потенциал концевой пластинки

Когда её деполяризующий эффект (потенциал) достигает – 60 мВ, возникает потенциал действия прерывистая линия) – В присутствии кураре амплитуда потенциала концевой пластинки снижается и уже не достигает порога генерирования потенциала действия: мышца парализована. Если на фоне действия кураре добавить ингибитор холинэстеразы эзерин, амплитуда и длительность потенциала концевой пластинки увеличиваются, так что он вновь достигает порогового уровня.

Детальный анализ агонистов и антагонистов медиаторов относится к фармакологии, так как многие важные психофармакологические лекарства являются именно такими веществами.

Тема 2

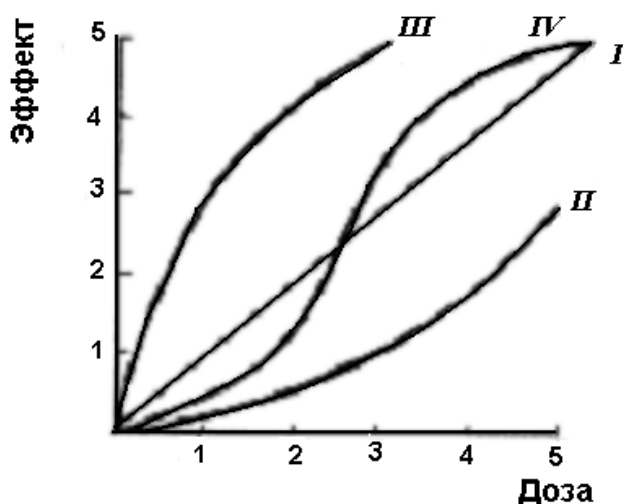
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАНТЕРАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

<i>Показатели</i>	<i>Подкожное введение</i>	<i>Внутримышечное введение</i>	<i>Внутривенное введение</i>
Скорость наступления эффекта	Для большинства лекарств через 10-15 минут		Часто в момент введения
Длительность действия	Меньше, чем при введении через рот		Меньше, чем при п/к и в/м
Сила действия	В 2-3 раза выше по сравнению с введением той же дозы через рот		В 5-10 раз выше по сравнению с введением через рот
Стерильность	Обязательна		Обязательна
Растворители	Вода, масло		Только вода
Отсутствие раздражающего действия	обязательно	необязательно	Строго обязательно

Первым этапом в системе лекарство-организм-фармакологический эффект является поступление лекарственного вещества в кровеносную систему. Знание особенностей путей введения в большой степени предопределяет конечный фармакологический эффект. Второй этап в системе лекарство-организм-фармакологический эффект – это транспортирование лекарственных веществ из кровяного русла к тканям и клеткам, при этом важнейшую роль играет доза вещества и физические, химические и биологические "преграды" организма. Особенности фиксации препарата биосубстратом.

Тема 3

КРИВЫЕ, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТА ДЕЙСТВИЯ ОТ ДОЗЫ ВЕЩЕСТВА



Эффект действия не всегда увеличивается пропорционально дозе. Для некоторых препаратов он возрастает прямо пропорционально (I), для других — в меньшей (II), для третьих — в большей (III) степени. Чаще всего, кривые имеют S-образный вид (IV).

Кривые "доза-эффект" отражают различную чувствительность отдельных особей к тому или иному лекарству, за-

висимость между концентрацией химического агента на месте приложения и особенностями его фиксации "биосубстратом".

Действие лекарственных средств в большой степени определяется их дозой — количеством вещества, предназначенным на один прием (разовая доза). От дозы препарата зависит не только эффективность лечения, но и безопасность больного. Для некоторых больных средние терапевтические дозы недостаточны и увеличение дозы сопровождается появлением желаемого действия без побочных реакций. Индивидуальная чувствительность к лекарственному препарату зависит от влияющих на его фармакодинамику и фармакокинетику факторов: возраста, пола, массы тела, состояния желудочно-кишечного тракта, кровообращения, функций печени и почек, лекарственной формы препарата, пути введения, состава и количества пищи, скорости метаболизма, одновременного применения других препаратов и т.д. Если возникает необходимость быстро создать терапевтическую концентрацию лекарственного вещества в организме, то первая доза (нагрузочная) превышает последующие.

При повторном применении лекарственных средств их действие может увеличиваться или уменьшаться. Увеличение эффекта препарата, как правило, связано с кумуляцией (накоплением) лекарственного вещества в организме. Кумуляция характерна для длительно действующих препаратов, которые медленно выводятся из организма, например сердечных гликозидов. Усиление действия веществ, особенно белковой (антигенной) природы, при повторном применении может быть результатом повышения чувствительности к ним организма — сенсibilизации. Накопление лекарственного вещества при его длительном назначении может привести к возникновению токсических эффектов. Для их предотвращения необхо-

димо постепенно уменьшать дозу, увеличивать интервалы между приемами или делать перерывы в лечении.

При применении некоторых препаратов (гипотензивные, анальгетирующие, слабительные средства и т.д.) их эффективность может снижаться – развивается толерантность (или привыкание). Толерантность к лекарственным средствам может быть относительной или абсолютной. Относительная толерантность обычно связана с изменениями в его фармакокинетике (уменьшением всасывания, увеличением скорости биотрансформации и выведения и т.д.), вследствие чего уменьшается концентрация препарата. Абсолютная толерантность к лекарственному средству не связана с уменьшением концентрации, а является результатом изменения его действия на уровне клеточных механизмов, например в связи, со снижением чувствительности рецепторов.

Тема 4

СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА С ОРГАНИЗМОМ

Широта терапевтического действия

Широта токсического действия

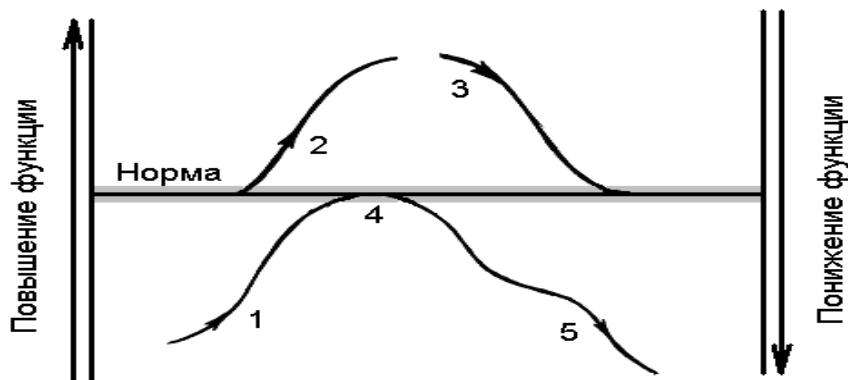
Широта смертельного действия



I – пороговые (малые) дозы; II – средние дозы;
 III – высшие дозы; IV – пороговая смертельность; V – LD 100 (LD – летальная доза)

Тема 5

ИЗМЕНЕНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ



- 1 – тонизирование;
- 2 – возбуждение;
- 3 – успокоение;
- 4 – угнетение;
- 5 – паралич функции.

Согласно правилу Арндта-Шульца (1887), "малые дозы лекарственных веществ возбуждают, средние – усиливают, большие – парализуют деятельность живых элементов".

Эти закономерности используются при лечении больных гомеопатическими препаратами.

При относительной толерантности дозу препарата необходимо увеличить; при абсолютной толерантности увеличение дозы не приводит к усилению эффекта; требуется замена препарата другим с иным механизмом действия.

Тема 6

ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ (по Яничак Ф. Дж. и др., 1997)

Принцип первый	Основополагающим является процесс постоянного уточнения клинико-диагностической оценки
Принцип второй	Психофармакотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления
Принцип третий	Длительность лечения и время его начала в первую очередь определяются стадией заболевания
Принцип четвёртый	При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий терапии
Принцип пятый	В каждом последующем болезненном состоянии первичный выбор препаратов для данного пациента определяется имеющимися анамнестическими сведениями (в т.ч. и семейным анамнезом) о переносимости определённых лекарственных средств этим больным
Принцип шестой	Очень важно, чтобы терапия была направлена на определённые, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения
Принцип седьмой	В процессе всего курса лечения необходимо наблюдать за возможным проявлением побочного действия лекарств. Подобный мониторинг часто предполагает лабораторные исследования, что обеспечивает контроль как безопасности, так и оптимальной эффективности применяемых назначений

Тема 7

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Биологическая терапия	Психотерапия * (основные психотерапевтические направления по Б.Д. Карвасарскому, 1985)
Психофармакотерапия	Психоаналитическое (психодинамическая психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористское (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическое
Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	«Директивное» (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическое (личностно-ориентированная психотерапия)
Физиотерапия и <i>другие</i> «аппаратные» методы терапии (оксигенобаротерапия, лазеротерапия, электроанальгезия, магнитотерапия)	
Наркопсихотерапия	

* – Единой классификации психотерапевтических методов не существует.

Тема 8

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПСИХОЛЕПТИКИ препараты, обладающие успокаивающим (депримирующим) действием		
Нейролептики (препараты с резко выраженным депримирующим эффектом)	нейролептики-седатики	аминазин** тизерцин
	антипсихотические (селективные)	галоперидол
Транквилизаторы (препараты с умеренным депримирующим эффектом)	транквилизаторы – седатики	седуксен (реланиум)
	«дневные» транквилизаторы	ксанакс
	зугипнотики	радедорм (эуноктин)
ПСИХОАНАЛЕПТИКИ препараты, обладающие активирующим, стимулирующим действием		
Антидепрессанты (препараты, уменьшающие выраженность депрессии)	седатики	амитриптилин
	стимуляторы	мелипрамин
Психостимуляторы (препараты, повышающие «уровень бодрствования» и работоспособность)	-	сиднокарб
Адаптогены (препараты, повышающие резистентность организма)	растительные биостимуляторы	препараты женьшеня, элеутерокока и т.п.
	ноотропы	аминалон
	актопротекторы (антиастенические средства)	бемитил
ПСИХОДИЗЛЕПТИКИ препараты, вызывающие кратковременные психотические состояния (в психиатрии для наркопсихотерапии используется кетамин)		
СОЛИ ЛИТИЯ препараты, обладающие профилактическим действием при фазно- и периодически протекающих психозах		
* в основу классификации положена систематика J. Delay, P. Deniker (1960) в модификации Г.Я. Авруцкого (1984); ** приводятся только наиболее распространенные и традиционно используемые в нашей стране препараты		

В американском руководстве используется традиционное деление психотерапевтических препаратов на антипсихические антидепрессанты, антиманикальные, анксиолитики и снотворные. Это и историческими по причинам:

1) лекарства одного класса могут существенно улучшить состояние при заболеваниях другого класса: считай, лечит как манию, так и психозы у "биполярных больных";

2) лекарства одного класса фактически используются для больных с симптомами, относящимися и к другим классам. Антидепрессанты могут снижать депрессию у больных шизофренией;

3) лекарства всех классов применяются для лечения других клинических нарушений: расстройство аппетита, панические реакции и импульсивные расстройства ;

4) некоторые вещества не вписываются ни в один класс (клонидин, верапамил).

Тема 9

КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ И СФЕРЫ ИХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Психозы						
Антипсихическое действие				Антидепрессивное действие		
Седативное	Избира- тельное	Общее	Стимули- рующее	Седативное	Тимоана- лептическое	Стимули- рующее
Аминазин Пропазин Тизерцин	Трифтазин Метеразин Галоперидол	Мажептил Триседил Типортил	Сонапакс Этаперазин Френолон	Амитриптимин Герфонал Азафен	Имизин Анафранил Нортриптиле н Пиразидол	Ниаламид Индопан Лудиомил
Хлорпротиксен Резерпин Лепонекс Дроперидол Соли магния	Карбидин Бенперидол Тимозид Эглониал		Фторфеназин Флушпиренен Пимозид Эглониал	Фтороцизин Оксилидин		Петилил Цефедрин

Неврозы, реактивные состояния, психопатии		
Успокаивающее действие	Активизирующее действие	
Седативное	Стимулирую- щее	Психотонизирующее
Мепротан Амизил Хлозепид Нозепам Нитрозепам Феназепа Мебикар Ноктамид Пантогам	Триоксазин Сибазон Мезапам Грандаксин	Меридил Сиднокарб Бемитил Ацефен Пираиетам Пиридитол

Приведен крайне ограниченный пример психотропных средств. На территории Бело-
руссии в настоящее время используется около 600 наименований психотропов, список
их с каждым годом расширяется. Каждый препарат имеет множество синонимов час-
то зависящих от фирм производителю

Тема 10
ПСИХОТРОПНАЯ АКТИВНОСТЬ ОСНОВНЫХ
НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ
(по Л.С. Шпилене)

	Психотропное действие				Транквилизаторы	Психотропное действие			
	АП	ГС	ТА	Ст		Тр	Ст	сс	Пс
Сонапакс (меллерил) Терален	++	-	++	+	Триоксазин Оксилидин	++	++	+	-
Пропазин Хлорпротиксен Неулептил	++	+	++	++	Амизил Нозепам (тазепам)	++		++	++
Эглонил	+	+	+	+	Мезапам (рудотель)	+	+	-	-
Френолон	+	-	++	++	Хальцион (триазолан)	+	-	++	-
Левомепрома-зин (тизерцин)	+	+++	+	-	Нитразепам (радедорм, эуноктин)	+	+	++	+
Аминазин Этаперазин	+		+	++	Мепротан (мепробамат)	++	+	-	-
Клозапин (лепонекс)	++	+	+	+	Сибазон (седуксен, реланиум)	+++	+	+	+
Трифтазин Галоперидол)	++ + ++ +	+	+	++	Элениум (хлозепид) Феназепам	+++ +++	-	++ ++	++ +++

- а) Психотропное действие нейролептиков: АП – антипсихотическое, ГС – гипноседативное, ТА – тимоаналептическое, Ст – стимулирующее;
- б) Психотропное действие транквилизаторов: Тр – транквилизирующее, Ст – стимулирующее, СС – седативно-снотворное, Пс – противосудорожное;
- в) Выраженность психотропной активности: «+» – легкая, «++» – умеренная, «+++» – выраженная;
- г) Нейролептики расположены в порядке нарастания антипсихотической активности, а транквилизаторы – транквилизирующего эффекта

Тема 11

ПСИХИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Эффект	Характеристика действия
Анксиолитический	Снимающий тревожность и страх
Антиагрессивный	Снимающий агрессивность и злобность
Антиаутистический	Снимающий замкнутость (аутизм)
Антидепрессивный	Снимающий болезненную депрессию
Антидисфорический	Снимающий дисфорические расстройства
Антиманиакальный	Снимающий болезненное повышение настроения и активности
Антипсихотический	Снимающий галлюцинации и бред
Депрессогенный	Вызывающий повышение настроения и активности
Эйфоризирующий	Вызывающий повышение самочувствия и настроения
Снотворный	Вызывающий сонливость и сон
Стимулирующий	<i>Активизирующий психическую деятельность и моторику</i>
Транквилизирующий	Снимающий тревожность, страх и остроту отрицательных эмоций
Психоэнергизирующий	Повышающий психический тонус, улучшающий мышление и память

Тема 12

ТЕРАПИЯ СОЛЯМИ ЛИТИЯ. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ. ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

ТЕРАПИЯ СОЛЯМИ ЛИТИЯ

Основные показания:

Q фазно возникающие и хронические типичные (классические) гипоманиакальные и маниакальные состояния средней тяжести;

- ☐ для профилактики аффективных фаз (приступов) в рамках маниакально-депрессивного психоза, приступообразной (приступообразно-

Основные противопоказания:

- ☐ беременность, период лактации;
- ☐ выраженные аллергические и эндокринные расстройства;
- ☐ тяжелые заболевания мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы

Терапевтическая концентрация лития в крови – 0,4-0,9 ммоль/л

ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ

Основные показания:

- ☐ кататонические, кататонно-онейроидные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные (с полиморфным, малосистематизированным бредом) состояния при шизофрении (особенно в начальных стадиях заболевания);

Основные противопоказания:

- ☐ острые инфекционные и соматические заболевания, активная форма туберкулеза; Q тяжелые заболевания печени и почек;
- ☐ заболевания эндокринных органов;
- ☐ беременность и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации
- ☐ онкологические заболевания

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Основные показания:

- ☐ тяжелые фармакорезистентные депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и инволюционных психозов;
- ☐ кататонические (возбуждение, ступор) фармакорезистентные состояния

Основные противопоказания:

- Q тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной систем, а также опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов);
- ☐ органические заболевания головного мозга и периферической нервной системы;
 - ☐ эндокринные заболевания, болезни печени и почек;
 - ☐ беременность, отслоение сетчатки

Тема 13

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОРГАНИЗМ

Основные составные части явления	Виды отрицательного действия					
	I Побочное	II Токсическое	III Индивидуальная несовместимость организма			IV Терратогенное
			Идиосинкразия	Аллергические реакции	Лекарственная болезнь	
Причина	Свойство препарата	Абсолютная и относительная передозировка примеси к препарату	Врожденная гиперчувствительность и извращенная реактивность	Приобретенная гиперчувствительность и извращенная реактивность		двойство препарата (в первые 3-4 месяца)
Механизм возникновения	Специфическая фармакодинамика веществ	Максимальная степень специфического действия сочетается с общей протоплазматической (внутриклеточной) токсичностью	Отсутствие или недостаток фермента	Освобождение больших количеств гистамина из его реактивных соединений		Прямое действие на ДНК, РНК
				Реакция антиген-антитело при повторном применении	Неспецифические реакции соединительной ткани	
Клинические проявления	Следствия фармакодинамики вещества	Свойственные веществу или общие и органные качества	Преимущественно сосудистая патология кожи, внутренних органов, слизистой, гемолиз (разрушение элементов крови)	Отек слизистых, поражение суставов, повышение температуры, анафилактический шок	Поражение внутренних органов, соединительной ткани, изменения крови	Разнообразные структурные и функциональные изменения

Пути предупреждения	Включение дополнительных препаратов, ослабляющих побочное действие	Уменьшение доз, ректальное введение при застое в печени.	Анамнез, спецпробы, исключение из употребления данных веществ	Ограничение назначения беременным женщинам
---------------------	--	--	---	--

Тема 14

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КРИТИЧЕСКИМИ СРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ПРИЕМОМ МАТЕРЬЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Лекарства, оказывающие тератогенное действие	Срок беременности, дни	Аномалии развития
Ампициллин	70	Анэнцефалия
Кодеин	56	Атрезия трёхстворчатого клапана
Антибиотики	84	Поражения зрительных и слуховых нервов, транспозиция органов
Парацетамол	56	Синдром Дауна
Парацетамол, препараты железа, кальция	70	Волчья пасть
Диазепам	84	Отсутствие диафрагмы и желчного пузыря
Кислота ацетилсалициловая, фенацетин, ненаркотические анальгезирующие средства, препараты кофеина	15 49	Сочетанное недоразвитие ушей и глаз

РАЗДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВ ПО СТЕПЕНИ ТЕРАТОГЕННОСТИ

Категория А – препараты с невыявленным тератогенным действием ни в клинике, ни в эксперименте. Полностью исключить риск тератогенности никакие исследования не позволяют.

Категория В – препараты, у которых отсутствовала тератогенность в эксперименте, однако клинических данных нет.

Категория С – препараты, оказывающие неблагоприятное действие на плод в эксперименте, но адекватного клинического контроля нет.

Категория Б – препараты, оказывающие тератогенное действие, но необходимость их применения превышает потенциальный риск поражения плода. Эти препараты назначают по жизненным показаниям. Женщина должна быть информирована о возможных последствиях для плода.

Категория Х – препараты с доказанной тератогенностью в эксперименте и клинике. Противопоказаны при беременности.

Тема 15

ЭТАПЫ ИСТОРИИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Стереотаксическая психохирургия

- ◆ 1891 г.- первая психохирургическая операция (G. Burckhardt);
- ◆ 1908 г.- первая *щадящая* психохирургическая операция (В.М. Бехтерев и Л.М. Пуссеп);
- ◆ 1949 г. – Нобелевская премия (Е. Moniz и W. Hess) за теоретическое и экспериментальное обоснование психохирургии.

Основные методы психохирургии

инвазивная, неинвазивная

Основные показания:

- ◆ длительность заболевания не менее 3-5 лет;
- ◆ безуспешность (высокая резистентность) всех видов биологической терапии;
- ◆ инвалидизация и ресоциализация больных, обусловленные тяжестью психического заболевания;
- ◆ наличие ведущего психопатологического синдрома в соответствии с известными структурами-мишенями.

Основные противопоказания:

- ◆ возраст до 16 лет (исключая больных с отдельными формами эпилепсии);
- ◆ общехирургические соматические противопоказания;
- ◆ отсутствие очерченного психопатологического синдрома в соответствии со структурами-мишенями;
- ◆ юридические ограничения (отсутствие согласия, опеки и т.д.).

Эфферентная терапия

- ♦ XVIII век – обоснование использования энтеросорбции в медицине (Т.Е. Ловиц);
- ♦ 20-30-е гг. XX века – предложен плазмаферез (I.I. Abel, А.М. Михайловский);
- ♦ 70-90-е гг. XX века – формирование эфферентной медицины (Ю.М. Лопухин), использование ее методов в психиатрической практике (Н.А. Лопаткин, Н.А. Беляков, К.Я. Гуревич, Д.И. Малин и др.)

Основные методы эфферентной терапии

гемодиализ; плазмаферез; гемо- и плазмасорбция; ксеноперфузия; гемофильтрация; гемоксигенация; цитаферез

Основные показания:

- ♦ острые отравления (алкоголем и его суррогатами, наркотическими и психотропными средствами);
- ♦ выраженные абстинентные расстройства и фармакорезистентные состояния;
- ♦ соматогенные (послеоперационные) психозы, делирий;
- ♦ фебрильная шизофрения;
- ♦ злокачественный нейролептический синдром

Основные противопоказания:

- ♦ аментивные состояния;
- ♦ общесоматические противопоказания;
- ♦ гиповолемия, анемия, гипокоагуляционные синдромы

Оксигенобаротерапия

- ♦ 1662 г. – использование измененного атмосферного давления в медицине (Henshaw);
- ♦ 1869 г. – первая «пневматическая лечебница» (открыта Л.Н. Симоновым в г. СПб);
- ♦ 60-90-е гг. XX века – предложена оксигенобаротерапия (К.М. Рапопорт), широкое ее применение в медицине (И.П. Березин, Ю.Г. Шапошников, В.А. Белов, Е.В. Колосков, А.П. Колесов и др.)

Основные методы оксигенобаротерапии

гипер-, нормо- и гипобарическая оксигенация

Основные показания:

♦ Гипербарическая оксигенация:

- психические расстройства интоксикационного генеза;
- психические расстройства сосудистого генеза;

♦ Гипобарическая оксигенация:

- неврозы, астенические состояния;
- утомление (переутомление), снижение работоспособности

Основные противопоказания:

- ♦ нарушения барофункции ЛОР – органов, склонность к легочным кровотечениям и гипертензии;
- ♦ органические заболевания головного мозга;
- ♦ онкологическая патология, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- ♦ острые соматические и инфекционные заболевания

Тема 16
СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К
ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ
(по А.Г. Софронову)



Формы аддикции

1. Наркотическая, табачная, алкогольная
2. «Бегство» от реальности путем сосредоточения на узконаправленной сфере деятельности

Этапы наркотической аддикции

1. «Первых проб»;
2. «Поискового полинаркотизма»;
3. «Выбора предпочитаемого вещества»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ особенности: низкая самооценка, подверженность влиянию сверстников и психические заболевания (депрессивный синдром, маниакальный синдром и синдром дефицита внимания") – влияют на начало употребления наркотиков в раннем возрасте.

Врачи могут оказать положительное воздействие, но к сожалению, они в ряде случаев назначают лекарства, которыми потенциально возможно злоупотребление, например, анаболические стероиды, бензодиазепины и опиаты.

СОЦИАЛЬНЫЕ факторы: Семья и характер взаимоотношений в семье оказывают сильное влияние на употребление наркотиков подростками, которое коррелирует с необоснованным применением мер принуждения, отсутствием взаимопонимания между родителями и детьми, равнодушием родителей и отсутствием контроля с их стороны. Подростки могут пытаться справиться с семейными проблемами при помощи наркотиков. И наконец, несоизмеримо чаще случаи употребления наркотиков встречаются среди детей из неполных семей или воспитываемых неродными родителями.

Родные братья и сестры могут являться как положительными, так и отрицательными примерами для подражания, а так же поставщиками наркотиков. Что касается мужчин, то старшие братья оказывают сильное положительное или отрицательное влияние на младших в ситуации, когда наркотики употребляют родители или сверстники.

Родители формируют у ребенка представление о нормах и ценностях жизни, поэтому они могут оказать огромное положительное или отрицательное влияние на приобщение подростка к наркотикам. Употребление наркотиков детьми зависит от того, употребляют ли наркотики их родители. В ряде исследований показано, что в семьях, где родители употребляют наркотические вещества в большом количестве, подростки или ПОЛНОСТЬЮ воздерживаются от их употребления, или среди них наблюдается наиболее высокая распространенность употребления наркотиков.

Стремление к подражанию, обычаи и нормы, существующие в среде сверстников, самым заметным образом влияют на приобщение подростков к употреблению наркотиков. Чаще всего знакомство с запрещенными наркотическими веществами происходит в кругу друзей одного пола.

Массовая культура по-разному отражает проблему употребления наркотиков. Формирование ее осуществляется посредством рекламы, телевидения, кино- и видео продукции.

Результатом анализа влияния общественных сил и определения юного возраста начинающих употреблять наркотики явились три теории, которые объясняют причины приобщения к наркотикам:

- **ТЕОРИЯ СТАДИЙ:** употребление наркотиков – явление прогрессирующее. Оно начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем к употреблению для развлечения разрешенных и запрещенных законом наркотических веществ (марихуана) и заканчивается, в конце концов, приемом сильнодействующих наркотиков. Однако не всегда на смену одной стадии приходит другая.
- **ТЕОРИЯ ГРУППЫ СВЕРСТНИКОВ:** семья подростка, религия, школа и друзья оказывают влияние на приобщение к наркотикам. Степень распространенности употребления того или иного вида наркотика обусловлена как влиянием общественных сил, так и свойствами самого наркотика
- **ТЕОРИЯ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ:** отсутствие уважения к власти, к нравственным и общественным нормам поведения ведет к росту преступности, наркомании и сексуальной распущенности.

Тема 18

ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Симптоматические психозы	Токсикомании
- при соматических заболеваниях - при интоксикациях - при инфекциях	- алкоголизм - неалкогольные токсикомании - наркомании

Классифицирующими признаками являются: а) наличие либо отсутствие этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий (внешних патогенных факторов); б) наличие либо отсутствие органического поражения ЦНС. Следует подчеркнуть условность понятия «отсутствие фактора: имеется в виду лишь то, что они (факторы) не могут быть выявлены с помощью современных методов исследования и не имеют существенного, «ключевого» значения в развитии заболевания. Так, психические расстройства при эндогенных и экзогенных заболеваниях, вероятно, сопровождаются морфологическими изменениями в тканях головного мозга, однако, эти изменения достоверно не определяются даже при применении наиболее современных и сложных методов диагностики (как прижизненной, так и посмертной).

Тема 19

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ

(Реакции экзогенного типа)

1. Оглушенность (сопор, кома)
 2. Делирий
 3. Аменция
 4. Сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение)
 5. Острый галлюциноз
 6. Амнестический (Корсаковский) синдром
 7. Астенический синдром
- НАРКОТИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО**

- вещество, злоупотребление которым, вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость.

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО (ПАВ)

- вещество, имеющее сходное с наркотическим воздействие на организм, но официально не отнесенное к наркотикам.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

- злоупотребление ПАВ, включая алкоголь и курение табака, до формирования синдрома физической зависимости.

ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

- болезненное состояние, проявляющееся влечением к систематическому употреблению психоактивных (наркотических) веществ и характеризующееся явлениями психической и физической зависимости. Основные клинические проявления токсико- и наркоманий

СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

- утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- навязчивое влечение к приему психоактивных веществ для получения чувства психического комфорта

СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- компульсивное влечение к приему ПАВ, с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (синдром абстиненции)

Тема 20

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (по Ц.П. Короленко и Т.Д. Донских, 1999)

Атарактическая

Использование ПАВ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта (сниженного настроения)

Гедонистическая

Использование ПАВ с эйфоризирующей целью (получения наслаждения)

Активационная («поведенческая»)

Использование ПАВ с активизирующей целью (выведения из состояния пассивности, безразличия, апатии)

Субмиссионная

Использование ПАВ из-за нежелания оказаться вне «коллектива», быть изолированным («за компанию»)

Псевдокультуральная

Использование ПАВ, вследствие мировоззренческих, культуральных установок и эстетических пристрастий

Экзогенные психические нарушения

ЭКЗОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА	
Симптоматические психозы	Токсикомании
- при соматических заболеваниях - при интоксикациях - при инфекциях	- алкоголизм - неалкогольные токсикомании - наркомании
ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ (Реакции экзогенного типа по К. Vonhaeffer)	
Оглушенность (сопор, кома) Делирий Аменция Сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение) Острый галлюциноз Амнестический (Корсаковский) синдром Астенический синдром	

Тема 21

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ (DSM IV)

Употребление наркотических веществ ведет к клинически выраженному нарушению или дистрессу, проявляющимся одним (или более) из ниже перечисленных признаков, возникающих в течение 12-ти месячного периода:

- повторное употребление наркотических веществ, приводящее к неспособности выполнять основные обязанности на работе, в школе, дома (например, частые прогулы и низкая производительность труда; прогулы, временное отстранение от занятий или исключение из школы; отсутствие заботы о детях и домашнем хозяйстве)
- повторное употребление наркотических веществ в ситуациях, связанных с опасностью получения физического повреждения (травмы) (например, управление автомобилем или другим транспортным средством после приема наркотических веществ)
- повторно возникающие из-за употребления наркотических веществ проблемы с законом (например, аресты за поведение, нарушающее общественный порядок)
- продолжающееся употребление наркотических веществ, несмотря на постоянные или временные проблемы или усиливающиеся под влиянием наркотиков (например, скандалы в семье, драки)

Следует различать **НАРКОМАНИЮ** как болезненное состояние и **НАРКОТИЗМ**, т.е. эпизодическое употребление наркотических средств без явлений психической и физической зависимости. Страдающие наркоманией должны быть направлены на лечение, а лица, склонные к наркотизму нуждаются в мерах социально-психологического воздействия.

НАРКОТИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО

- вещество, злоупотребление которым, вследствие социальной опасности, официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость.

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО (ПАВ)

- вещество, имеющее сходное с наркотическим воздействие на организм, но официально не отнесенное к наркотикам.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

- злоупотребление ПАВ, включая алкоголь и курение табака, до формирования синдрома физической зависимости.

Тема 22

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ (DSM IV)

Дизадаптивный паттерн употребления наркотических веществ, ведущий к клинически выраженному нарушению или дистрессу, которые проявляются тремя (или более) нижеперечисленными признаками, возникающими в течение 12-ти месячного периода:

- **толерантность**, определяемая как потребность в значительном увеличении дозы наркотического вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта заметное ослабление эффекта при повторном введении одного и того же количества наркотического вещества.

- **абстиненция**, проявляющаяся в :
абстинентном синдроме, характерном для определенного наркотического вещества (критерии А и В системы критериев абстиненции для различных наркотических веществ);

приёме такого же (или близкого к нему) наркотического вещества для того, чтобы облегчить абстинентный синдром или избежать его;

- часто наркотические вещества принимают в дозах больших или в течение более продолжительного периода, чем предполагалось первоначально;

- имеется сильное желание или предпринимаются безуспешные попытки уменьшить потребление наркотических веществ или установить над ними контроль;

- много времени затрачивается на приобретение наркотических веществ (например, многочисленные посещения врачей, дальние поездки).на употребление наркотических веществ(например, непрерывное курение сигарет) или на восстановление после воздействия наркотического вещества;

- из-за употребления наркотических веществ прекращается или снижается общественная и профессиональная активность, а также менее организовано проводится досуг;

- употребление наркотических веществ продолжается, несмотря на понимание того, что постоянные или возникающие время от времени физические (состояние здоровья) или психологические проблемы обусловлены приемом наркотиков (например, употребление кокаина не прекращается, несмотря на знание о вызываемой им депрессии, а употребление алкоголя продолжается, несмотря на знание о том, что это ведет к обострению язвенной болезни).

Тема 23

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Существует генетическая предрасположенность к этим нарушениям. В 50 процентах случаев алкоголизма обнаружена его связь с семейным анамнезом – по сравнению с непьющими "приемными детьми" большее число употребляющих алкоголь "приёмных детей" имеют биологических родителей алкоголиков. Отсутствует связь между алкоголизмом приёмных родителей и алкоголизмом их детей (приемных), что свидетельствует о меньшем влиянии среды проживания. Большее сходство с точки зрения употребления алкоголя наблюдается у однояйцовых (монозиготных) близнецов, чем у двуяйцовых (дизиготных). При обследовании примерно 6000 семей алкоголиков выявлено у 1/3 алкоголиков один из родителей алкоголик, в 25 процентов случаев это отец.

Родственники женщин – алкоголиков поражены в большей степени, чем родственники алкоголиков – мужчин. Среди семей больных шизофренией и аффективными расстройствами алкоголизм встречается намного реже, чем в семьях алкоголиков.

Тема 24

ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ, СВЯЗАННЫЙ С ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Психоактивные вещества	Интоксикация	Абстиненция	Делирий	Абстинентный Делирий	Бредовые расстройства	Расстройства настроения	Другие симптомы
Алкоголь	*	*		*			1
Амфетамины и сходные вещества	*	*	*		*		
Кофеин	*				*		
Каннабис (препараты конопли)	*				*		
Кокаин	*	*	*		*		
Галлюциноген	(галлюциноз)				*	*	2
Ингалянты	*						
Никотин		*					
Опиоиды	*						
Фенциклидин и связанные с ним вещества	*		*		*		3
Седативные, гипнотические или анксиолитики	*	*		*			4

1. Идиосинкразическая интоксикация алкоголем, алкогольный галлюциноз, амнестическое расстройство алкогольного происхождения, деменция, связанная с алкоголизмом.
2. Постгаллюциногенное расстройство восприятия.
3. Фенциклидин или сходно с ним действующие арилциклопексиламины, вызывающие органический психосиндром, другого названия не имеющий.
4. Амнестическое расстройство, вызванное седативными, гипнотическими или анксиолитическими веществами.

Тема 25

ЭТИОЛОГИЯ АЛКОГОЛИЗМА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ: индивидуальная/психологическая предрасположенность к пристрастию к алкоголю

- * Самолечение (прием алкоголя в качестве лекарства)
- * Как проявления психического заболевания

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ: окружающая обстановка/социальное давление усиливает пристрастие к алкоголю

- * Неполная занятость
- * Бедность
- * Супружеская дисгармония
- * Стрессовые состояния на работе
- * Дети подражают поведению взрослых
- * Дети начинают употреблять алкоголь под нажимом сверстников

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ: биология/генетические различия предрасположенности к развитию алкогольной зависимости

* Диспропорционально высокий уровень алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами (3:1)

* **Повышенный риск развития алкоголизма у сыновей/братьев мужчин-алкоголиков**

* Данные по усыновленным близнецам указывают на повышенный риск алкоголизма (риск увеличен в 4 раза), если алкоголизмом страдают биологические родители

МОДЕЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ: алкоголизм как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов

* Алкоголизм как заболевание имеет типичные симптомы и характерное течение

- * Только развитие абстиненции является признаком выздоровления

* Биохимическая предрасположенность включает:

генетические/врожденные факторы;
дефицит питательных веществ;
дисфункцию ЦНС/эндокринной системы.

* Психосоциальная предрасположенность включает:
чувства неполноценности и отчуждения;
употребление алкоголя для облегчения боли/снятия груза проблем

Тема 26

КЛАССИФИКАЦИЯ БЫТОВОГО ПЬЯНСТВА

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь
Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50-150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Умеренно пьющие	Употребляющие по 100-150 мл водки (максимально до 400 мл) 1-4 раза в месяц
Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200-300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю
Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

Дифференциальная диагностика хронического алкоголизма II и III стадии

Признак		II стадия	III стадия
Толерантность		нарастание, плато	снижение
Обычные «дозы» спиртного	разовая	высокая	снижается
	суточная	высокая	не снижается
Запой		псевдозапой	истинные
Изменения личности		снижение	деградация
Соматические заболевания		«функциональные»	«органические»
Алкогольные психозы		острые	острые и хронические

Тема 27

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА I (НАЧАЛЬНОЙ) СТАДИИ

Синдром измененной реактивности	Синдром психический зави- симости
Повышение толерантности к этанолу Угасание защитного рвотного рефлекса Утрата контроля над количеством выпито- го Измененные формы опьянения	Обсессивные мысли об алкого- лизации Эйфория до употребления спиртного – дистимия при не- возможности алкоголизации Изменение способа алкоголи- зации (не имеют значения об- становка, компания, «повод»)

Тема 28

МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Острые	Затяжные
■ алкогольный делирий («бе- лая горячка») ■ острый алкогольный галлю- циноз ■ острый алкогольный парано- ид	■ хронический алкогольный галлю- циноз ■ хронический алкогольный парано- ид (алкогольный бред ревности) ■ Корсаковский психоз ■ геморрагический полиэнцефалит (болезнь Гайе-Вернике)

Тема 29

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА И НЕВРОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Критерии	Алкоголизм	Невроз
Астенический синдром		
Связь с объективно существующей интеллектуальной или физической перегрузкой	отсутствует	имеется
Последовательность формирования невротической симптоматики	отсутствует	имеется
Гиперестетические проявления	доминируют в клинической картине	не доминируют
Дисфорические реакции	не истощаются	быстро истощаются
Депрессивный синдром		
Окраска аффекта	дисфорическая	тоскливая
Направленность	экстрапунитивная	интрапунитивная
Симптом «бегства в работу»	отсутствует	имеется
Симптом «отсутствия осознания причин болезни»	отсутствует	имеется
Симптом «надежды на светлое будущее»	отсутствует	имеется
Затруднение засыпания	вследствие гиперестезии	вследствие «пережевывания» событий прошедшего дня
Пробуждение по ночам	с дисфорией	с тревогой
Явления спастического колита в сочетании со стойкой гипотонией	нет	есть
Полиморфные соматические нарушения интоксикационного генеза	есть	нет

Тема 30

ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА

Лекарственное вещество	Влияние алкоголя
Депрессанты ЦНС Барбитураты	Усиление эффектов. <u>Смертельная доза барбитуратов на 50 процентов ниже в присутствии алкоголя.</u>
Бензодиазепины	Подавление метаболизма при приеме лекарства внутрь за счет снижения эффекта первого прохождения через печень.
Трициклические антидепрессанты (ТЦА)	ТЦА могут вызвать гипотензию у пациентов, страдающих алкоголизмом: применение должно тщательно контролироваться
Ингибиторы МАО	Употребление некоторых видов вина и пива приводят к гипертоническому кризу.
Опиаты	Алкоголь и опиаты потенцируют друг друга. Употребляющие метадон часто используют алкоголь для достижения "высоты" ощущений, которую один метадон им не обеспечивает.

Вызывающие зависимость ПАВ, которые можно обнаружить в моче

Вещества	Время, в течение которого препарат можно обнаружить в моче
Алкоголь	7-12 ч
Фенамин. Кодеин	48 ч
Барбитураты	24 ч (непродолжительного действия) 3 недели (продолжительного действия)
Бензодиазепины Метадон	3 дня
Кокаин	6-8 ч (метаболиты – 2-4 дня)
Героин	36-72 ч
Марихуана	3 дня – 4 недели (зависит от интенсивности использования)
Метаквалон	7 дней
Морфин	48 – 72 ч
Фенилциклидин	8 дней
Пропоксифен	6-48 ч

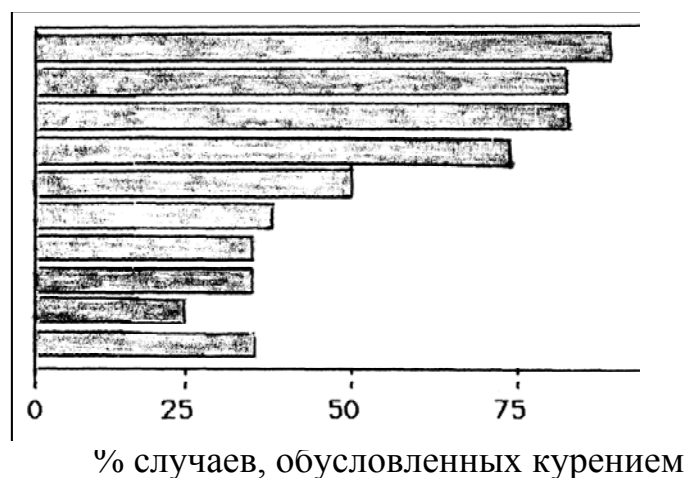
Тема 31

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ НИКОТИНА

Всасывание дыма приводит к попаданию никотина в легкие на смолистых капельках и отложению его в мелких воздушных путях и альвеолах. Абсорбция в кровеносном русле позволяет никотину достичь мозга в течение 8 секунд. 80 процентов никотина метаболизируются в печени, легких и почках. Период полувыведения равен 2 часам. Связывание никотина с холинергическими и никотиновыми рецепторами в ЦНС, нервно-мышечных синапсах и вегетативных ганглиях объясняет возникновение пристрастия к нему, стимуляция, нейроадаптация дофаминергических нейронов обуславливает развитие пристрастия к никотину, зависимости, толерантности и проявления синдрома отмены. Помимо острых физиологических эффектов никотина, курение является атерогенным фактором, приводящим к сердечно-сосудистым и канцерогенным заболеваниям. Неопластические процессы – одна из наиболее серьезных причин заболеваемости раком и смертности.

ПРОЦЕНТ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ РАКА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КУРЕНИЕМ

1. Трахея, легкие, бронхи
2. Гортань
3. Зубы, полость рта, глотка
4. Пищевод
5. Мочевой пузырь
6. Почки, мочеточники
7. Матка
8. Поджелудочная железа
9. Желудок
10. Все виды рака



ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ДЕЙСТВИЯ НИКОТИНА

ЦНС	Усиление бессонницы, повышенная возбудимость. Тошнота или рвота. Расслабление скелетной мускулатуры, тремор рук, снижение чувства голода, уменьшение времени реакции, расслабление в стрессовых ситуациях.
Сердечно-сосудистая система	Временное повышение сердечного ритма, АД, ударного объема коронарного кровотока. Увеличение притока крови к скелетным мышцам. Длительное снижение АД и коронарного кровотока. Снижение температуры кожи. Повышение активации тромбоцитов.
Система дыхания	Повышение продукции мокроты. Кашель.
Эндокринная система	Снижение массы тела. Повышение уровня основного метаболизма при физической активности и во время отдыха. Раннее развитие менопаузы. Повышение в крови уровней гормонов роста, АКТГ, вазорессина.

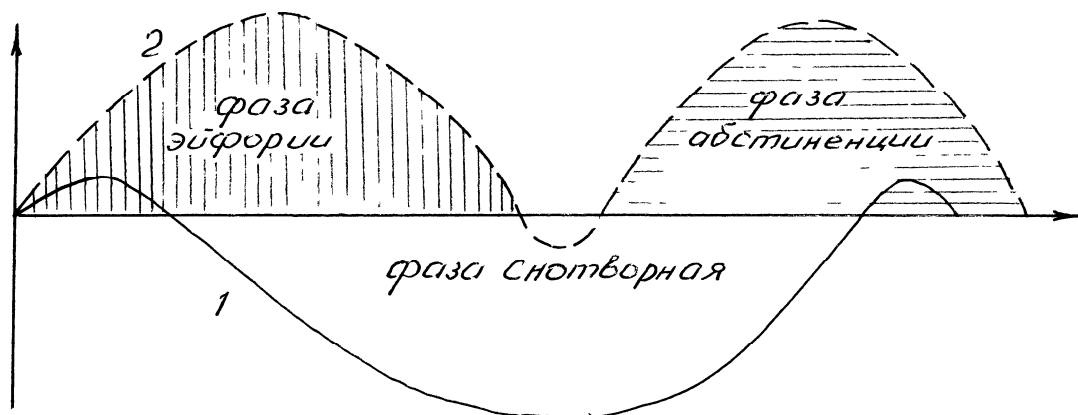
Тема 32

ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Психические/ поведенческие	Травматические	Внутренние заболевания
Острый психоз; Состояние тревоги; Жестокое обращение с детьми/ отсутствие заботы о детях; Делириозный синдром; Депрессивный синдром; Маниакальный синдром; Приступ паники; Попытки самоубийства; Аддиктивные привычки: требование обезболивающих лекарственных препаратов при жалобах общего характера, таких, как боли в пояснице, мигрень, почечная колика, заявление пациента об утере рецепта, переход пациентов из клиники в клинику, требование пациентов о назначении других лекарственных препаратов после того, как им было отказано в их первоначальном требовании о назначении сильнодействующих наркотиков	Нападения/ необычные повреждения; Утопления; Падения; Несчастные случаи, особенно автомобильные аварии	Острая боль в животе; СПИД; Асцит; Кардиомиопатия; Цирроз; Ранний инфаркт миокарда или инсульт; Энцефалопатия; Желудочно-кишечные кровотечения; Гипервентиляция; Инфекции; Абсцесс; Аспирационная пневмония; Эндокардит; ВИЧ; Сепсис; Инфекция мягких тканей/целлюлит; Столбняк; Туберкулез; Вирусный гепатит; Гепатит; Панкреатит; Отравление; Эпилептические припадки;

Тема 33

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ФАЗ ДЕЙСТВИЯ МОРФИНА



Морфин угнетает центры болевой чувствительности, затрудняет или полностью блокирует передачу болевых импульсов к коре большого мозга от зрительных бугров, нарушает условно рефлекторные связи. Для анальгетического эффекта морфина существенное значение имеет уровень катехоламинов в мозгу, которые усиливают его действие.

Морфин взаимодействует с двумя видами рецепторов в головном мозгу: тихими и фармакологически активными. Тихие рецепторы связывают морфин; увеличение их числа лежит в основе адаптации к морфину.

Тема 34

НАРКОТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СНОТВОРНЫХ

Функция	Фазы действия			Передозировка	Последствия на выходе
	I	II	III		
Восприятие	Повышение порога	Искажение.			Понижение порога
Эмоции	Ощущение телесного удовлетворения	Веселье, легко сменяемое гневливостью			Беспокойство
Мышление	Прострация	Бессвязность, кататимность, неспособность к активному вниманию, пассив-			Затруднение сосредоточения, снижение качества осмысления
Сознание	Оглушение		Сон	Кома	Ясное
Моторика	Нарушение координации Мышечная острая слабость	Дизартрия, двигательная активность		Отсутствие глубоких рефлексов	Тремор, дискоординация, возможна мышечная слабость.
Сомато-вегетативная симптоматика	Расширение зрачков, гиперсаливация, гиперемия кожи и слизистых, гипергидроз, брадикардия, гипотония, снижение основного обмена, снижение температуры тела		Бледность, брадикардия, гипотония, снижение температуры тела	Учащенное поверхностное дыхание, периодическое дыхание, коллапс, бледность, сужение зрачков	Бледность, тошнота, отсутствие аппетита, жажда

Тема 35

ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ СИНДРОМА ОТМЕНЫ СЕДАТИВНО-СНОТВОРНЫХ СРЕДСТВ

Чувство тревоги; галлюцинации, бредовые состояния, паранойя, деперсонализация; агорафобия, изменения настроения, раздражительность эмоциональная, депрессия, дисфория, апатия; недомогание и слабость, тошнота и рвота; ортостатическая гипотензия, боль, шум в ушах; приступы паники, делирий; сильный тремор рук, языка, век; сенсорные нарушения: раздвоенное видение, гиперчувствительность к свету, звуку, прикосновению и к запахам; ослабленная память и нарушение способности к концентрации внимания; бессонница, судорожные припадки.

Тема 36

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Психостимуляторы обладают в основном *тимоаналептическим действием*: ускоряют процесс мышления, повышают настроение, способность к восприятию внешних раздражителей, психомоторную активность, физическую и умственную работоспособность, устраняют усталость, сонливость. К психостимуляторам относятся:

- ◆ метилксантины – **кофеин**;
- ◆ фенилалкиламины – **фенамин (амфетамин), первитин**;
- ◆ производные пиперидина – **пиридрол, меридил**;
- ◆ производные сиднонимина – **сиднофен, сиднокарб**.

Наиболее существенные проявления фармакологического действия психостимуляторов:

- ◆ стимуляция психической и психомоторной деятельности (ускорение ассоциативных процессов, реакции на внешние раздражители, увеличение подвижности, двигательной активности и т.д.);
- ◆ устранение усталости и утомления, повышение психической и физической работоспособности;
- ◆ повышение настроения;
- ◆ стимуляция бодрствования с уменьшением потребности в сне и отдыхе (иногда с возникновением бессонницы);
- ◆ уменьшение аппетита и чувства голода в результате воздействия на пищевой центр, расположенный в гипоталамусе;
- ◆ симпатомиметический эффект: повышение артериального давления, тахикардия, расширение зрачков, расширение бронхов, гипергликемия.

Тема 37

ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МАРИХУАНЫ

Система организма	Эффекты при применении
Общее воздействие	Эйфория. Расширение зрачков. Гиперемия конъюнктивы. Сухие слизистые оболочки рта и носоглотки. Повышенный аппетит. Фарингит.
Психика	Рецидивы галлюцинаций. Деперсонализация Чувство тревоги. Иллюзии. Утрата интуиции.
Нервная	Нарушение познавательной способности. Изменённое восприятие. Нарушение сложных двигательных функций. Невнятная речь
Сердечно-сосудистая	Изменение ритма сердца. Повышенное систолическое давление в положении лежа. Сниженное систолическое давление в положении стоя

Тема 38

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МАРИХУАНЫ

Система организма	Эффекты при применении
Общее воздействие	Хроническое утомление и летаргия Хроническая тошнота, рвота Головные боли Раздражительность
Психические функции	Депрессия, чувство тревоги Быстрые изменения настроения Приступы паники Личностные изменения Суицидные попытки
Познавательная способность	Ухудшение кратковременной памяти Нарушение абстрактного мышления Деменция Бред
Нервная система	Нарушение мышечной координации Увеличение времени реакции Ослабление глазных реакций Нарушение глубины зрения и цветовосприятия
Репродуктивная	Бесплодие Отсутствие менструаций или ненормальное течение Нарушение развития плода Импотенция Снижение либидо и чувства полового удовлетворения

Дыхательная	Сухой непродуктивный кашель Хроническое воспаление горла Заложенность носа Утяжеление течения астмы Частые инфекции верхних дыхательных путей Хронический бронхит Хронические заболевания легких Рак легких
Социальные последствия	Социальная самоизоляция Изменение взглядов на свою роль в обществе Прекращение занятий спортом и другой деятельности

Тема 39

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОТРАВЛЕНИЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ НЕКОТОРЫМИ ПАВ

Показатель	Опиаты	Барбитураты	Бензодиазепины
Артериальное давление	↓↓↓ или ↓↓	↓↓	норма или ↓↓
Частота сердечных сокращений	↓↓, с увеличением экспозиции – ↑↑	↑↑	↑↑
Зрачок	Миоз	Норма, редко миоз	Норма или мидриаз
Тонус скелетных мышц	↑↑, тризм жевательных мышц, редко судороги	Редко тризм жевательных мышц, судороги	↓↓
Тонус мочевыводящих путей	Спазм	Норма, редко спазм	Норма

↑↑ – показатель умеренно повышен; ↑↑↑ – показатель резко повышен;

↓↓ – показатель умеренно снижен; ↓↓↓ – показатель резко снижен

Тема 40

НАРКОТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ГАШИША

ФУНКЦИЯ	ФАЗА					
	НАЧАЛО I	РАЗВЕРТЫВАНИЕ		ПЕРЕДОЗИРОВКА	СПАД IV	ВЫХОД V
		II	III			
Восприятие	Понижение порога. кататимность			Обострение чувствительности к внешним раздражителям		Повышение порога
			Галлюцинации			
Эмоции	Настороженность пугливость, тре- вожность	Расслабление, Легкость, эйфо- рия	Страх, эмоциональная спутанность, индуцированные аффекты		Апатия	Снижение фо- на, депрессии
Мышление	Параноидная го- товность	Изменение темпа, поверхностность, неспособность концентрации	Импульсивное поведение Бессвязность	Параноидальные переживания		Астения
					Замедление	
	Кататимные оценки		Отрывочность, бессвязность, расщепление			

ФУНКЦИЯ	ФАЗА					
	НАЧАЛО I	РАЗВЕРТЫВАНИЕ		ПЕРЕДОЗИРОВКА	СПАД IV	ВЫХОД V
		II	III			
Моторика	Адекватная		Стремление к движе- ниям		Заторможен- ность, Гипореф- лексия	Анергия
		Расслабленность	Несоответствие переживаниям			
		Дискоординация				
			Насильственный смех, плач			
				Возбуждение или за- стывание		
Сознание	Ясное	Сужение,оглушение		Сумерки	Ясное	
						Длительный сон
Вегетативная	Расширение зрачков, головокружение	Сухость во рту, жажда			Бледность, повышение аппетита, жажда, гипотония	
		Блеск глаз, ощущение тепла и тяжесть ко- нечностей	Гиперемия склер			
		Гипотермия	Тремор, перевозбужде- ние сердечно- сосудистой системы			
	Гиперемия или бледность, тахикардия, гипертензия					

Тема 41

ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ ТОКСИКОМАНИИ

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
Психотомиметики	LSD, псилоцибин, фенциклидин и его производные: PSP, «экстэзи» и др.	Внутривенно, внутрь (реже – транскутанно)	Формирование стойких астенических и апатоабулических расстройств, развитие шизоформных проявлений (ПЗ – +; ФЗ – ±)
Транквилизаторы и антидепрессанты	Барбитураты, бензодиазепины, трех- и четырехциклические антидепрессанты	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких психоорганических и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ – +++; ФЗ – ±)
Средства с антихолинэргическим действием	Циклодол, димедрол, астматол, белладонна и др.	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких астенических и интеллектуально – мнестических расстройств (ПЗ – +; ФЗ – +)
Эфирные растворители	Ацетон, бензин, бензол, хлороформ, толуол и др.	Ингаляционно (реже – аппликационно)	Формирование выраженных и стойких психоорганических (интеллектуально-мнестических) и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ – ++; ФЗ – +)
Кокаин		Внутривенно, интраназально	Относительно быстрое формирование психоорганических нарушений (ПЗ-+++;ФЗ-+)

Тема 42

НАРКОМАНИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Длительное злоупотребление наркотическими веществами или их отмена могут вызвать широкий спектр психических расстройств.

Так, например, употребление марихуаны может сопровождаться такими депрессивными симптомами как чувство страха и паранойя. К тому же некоторые галлюциногены (например, ЛСД) могут вызвать нарушения восприятия, психоз, маниакальный синдром, перепады настроения, депрессию и суицидальные мышление и действия.

Отмена наркотического препарата

В некоторых случаях симптомы психического заболевания или психоза начинаются во время отмены наркотиков. При сильном алкогольном галлюцинаторном синдроме люди могут испытывать галлюцинации (в основном, слуховые), которые прекращаются после нескольких недель абстиненции. Во время отмены алкоголя или седативных препаратов у пациента можно наблюдать бессонницу, раздражительность и психомоторное возбуждение. Отмена амфетаминов и кокаина способна вызвать состояние дисфории, которое включает психомоторное торможение, депрессивное настроение, раздражительность, чувство вины, суицидальное мышление и суицид.

Психические нарушения, вызванные злоупотреблением наркотическими веществами

Наряду с временными психическими симптомами злоупотребление наркотическими веществами может вызвать такие синдромы как депрессия, страх и психоз, которые остаются после ремиссии нарушения, вызванного употреблением наркотика. Приём кокаина способствует развитию приступов паники. Сначала эти приступы наблюдаются только в период употребления кокаина, но они могут возобновляться в течение нескольких лет. Подобным образом спонтанный рецидив нарушений восприятия или зрительных галлюцинаций, которые традиционно называются "взгляд в прошлое", может повторяться после прекращения приема ЛСД. Это состояние обозначено термином *"постгаллюциногенное нарушение восприятия"*.

Психопатологические последствия наркомании

Если сосуществующее психическое заболевание (нарушение) – не причина и не последствие злоупотребления наркотическими веществами, то оно может тем не менее влиять на течение, реакцию, на лечение, симптоматику и отдаленные последствия злоупотребления наркотическими веществами. В ряде исследований выявлено, что, если рассматривать психическое заболевание в качестве показателя результата лечения злоупотребления наркотическими веществами, его тяжесть предопределяет реакцию на лечение и конечный результат. Во время маниакального приступа у алкоголика повышен риск рецидива. Злоупотребляющие кокаином пациенты с сопутствующим диагнозом циклотимии могли воздерживаться от кокаина во время периодов дистимии, когда они знали, что употребление кокаина увеличит тяжесть состояния. Многие пациенты сообщали, что в периоды развития гипомании они начинали недооценивать отрицательные последствия употребления кокаина, и у них развивался рецидив употребления наркотика.

Влияние наркомании на течение психических заболеваний

Нарушение, связанное с употреблением наркотических веществ, может также влиять на течение психического заболевания. Обследование пациентов с шизофренией и связанными с ней нарушениями установило влияние злоупотребления марихуаной на течение психического заболевания. У пациентов, употреблявших марихуану, были более частые ранние психотические рецидивы или обострения, чем у тех, кто ее не принимал. Предлагается несколько объяснений тому, как злоупотребление наркотическими веществами влияет на течение психического заболевания: (а) злоупотребляющий наркотическими веществами человек менее податлив лекарственной терапии, и это приводит к рецидиву; (б) наркотическое вещество имеет прямое биологическое воздействие на организм (например, наркотическое вещество может изменить активность ферментов печени, что приводит к более быстрому метаболизму лекарственных препаратов с последующими более низкими уровнями содержания лекарств в плазме, которые недостаточны для лечения психического нарушения); (в) может не быть прямого воздействия; вместо этого, пациенты, втянувшиеся в злоупотребление наркотическими веществами, становятся более чувствительными к стрессовым ситуациям и, следовательно, более склонными к рецидиву психического заболевания.

Тема 43

СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Наркотические вещества	Симптомы
Алкоголь	Депрессия, страх, резкая смена настроения, паранойя, ухудшение памяти, нарушение поведение
Кокаин	Обостренное параноидальное мышление, мания, депрессия, страх, приступы паники, полное равнодушие к жизни
Стимуляторы	Такие же симптомы, как у кокаина
ингалянты (Летучие препараты)	Страх, депрессия, изменения личности, снижение интеллекта, сниженная работоспособность
Марихуана	Ухудшение памяти, страх, амотивационный синдром
Опиаты	Депрессия, панические реакции, сонливость, социопатия или нарушение, связанное с антисоциальным изменением личности
Депрессанты	Депрессия, страх, паранойя, психоз
Галлюциногены	Панические реакции, страх, деперсонализация, паранойя, спутанность сознания, психоз, мания, синдром органического повреждения головного мозга (до необратимости)

Тема 44

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ

Большая часть спортсменов и культуристов применяет анаболические стероиды для увеличения силы и мышечной массы. Но действительно ли оказывают подобное действие на организм анаболические стероиды – по этому поводу существует много разногласий.

Некоторые исследователи пришли к выводу, что улучшение спортивной формы может произойти при соблюдении одновременно нескольких условий. Это – применение стероидов хорошо тренированными спортсменами, потребление высококалорийной пищи, содержащей большое количество белка, длительное введение стероидного препарата в высоких дозах и, наконец, необходимость значительного повышения физической нагрузки (повторение упражнений, увеличение максимального веса при нагрузках, разнообразные упражнения). Нет исследований, которые бы подтверждали увеличение силы людей, применявших анаболические стероиды, но не занимавшихся спортом.

В общем, сила, мышечная масса или физическая форма при применении стероидов мужчинами с нормальным развитием могут возрасть, но без дополнительных занятий спортом – лишь крайне незначительно.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

Анаболическое действие

Уменьшение боли в костях, обусловленной остеопорозом
Снижение массы тела после операции, травмы или перенесенной хронической инфекции
Анемия или нарушение кроветворения

Андрогенное действие (мужчины)

Олигоспермия (уменьшение количества сперматозоидов)

Импотенция,

Заместительная терапия при пониженном уровне тестостерона вследствие кастрации или задержки полового созревания

Андрогенное действие (женщины)

Предменопаузный, гормоночувствительный рак груди. Постменопаузный, неоперабельный, метастатический рак груди

Последствия применения

Развитие злоупотребления анаболическими стероидами обусловлено тем, что дозы, применяемые спортсменами, в десятки и тысячи раз превышают установленную терапевтическую. Кроме того, неизвестна "чистота" препаратов, от использования которых могут развиваться различные патологические изменения.

В основных медицинских изданиях, посвященных анаболическим андрогенным стероидам, отражено их действие на эндокринную систему.

У женщин, принимающих анаболические стероиды, может развиваться, понижаться голос и уменьшаться масса груди, развиваться облысение по мужскому типу, аменорея или дисменорея, гипертрофироваться клитор. Некоторые из этих изменений могут быть временными, но облысение, появление волос на лице по мужскому типу, увеличение клитора и изменение голоса в основном **необратимы**.

После приема анаболического стероида в течение одного месяца у мужчин происходит снижение уровня циркулирующего тестостерона. Хроническое применение может привести к атрофии тестикул, но важно отметить, что обычно это явление считается обратимым.

В качестве терапевтических средств андрогены и анаболические стероиды имеют несколько показаний к применению.

Основные последствия применения анаболических стероидов представлены ниже

Система организма	Последствия применения
ЦНС	Повышение агрессивности
Сердечно-сосудистая	Повышение кровяного давления Спазм коронарной артерии/острый инфаркт миокарда Изменение соотношения липидов
Пищеварительная	Нарушение функции печени Холестатическая желтуха Печеночная пурпура (кровяные мешки в печени) Повышение риска опухоли печени
Эндокринная	У женщин: понижение голоса, снижение массы груди, облысение по мужскому типу, гипертрофия – клитора и аменорея/дисменорея У мужчин: снижение уровня циркулирующего тестостерона, атрофия тестикул
Кожа	Гиперплазия сальных желез
Скелетно-мышечная	Преждевременное сращение эпифиза (подростки) Перенапряжение/тренировки приводят к многочисленным разрывам мышц и к травмам
Инфекционное заболевание	Инъекционное введение препаратов повышает риск развития гепатита и ВИЧ

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

Примечание: Выделенное шрифтом лекарственное растения наиболее распространены в фармакогнозии на территории Беларуси.

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА,
СТИМУЛИРУЮЩИЕ
ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ
СИСТЕМУ*

Чилибуха, рвотный орех
Мордовник обыкновенный
Женьшень, корень-человек
Аралия маньчжурская
Элеутерокок колючий
Заманиха, эхинопанакс высокий.
Лимонник китайский.
Левзея сафлоровидная, **маралий
корень**
Чай китайский.
Коричник камфорный, **камфорный
лавр**
Полынь таврическая
Стеркулия платанолистная
Золотой корень, **родиола розовая**

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОКАЗЫВАЮЩИЕ СЕДАТИВНОЕ
ДЕЙСТВИЕ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ
НЕРВНУЮ СИСТЕМУ*

Валериана лекарственная
Патриция средняя, **валериана ка-
менная**
Синюха голубая
**Пион уклоняющийся, марьин ко-
рень**
Душица обыкновенная
Хмель обыкновенный
Пустырник пятилопастный

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОБЛАДАЮЩИЕ
БОЛЕУТОЛЯЮЩИМИ*

СВОЙСТВАМИ

Мак снотворный

Мачек желтый.

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА,
ДЕЙСТВУЮЩИЕ В ОБЛАСТИ
ОКОНЧАНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ
НЕРВОВ*

I. Растения, содержащие холино-
миметические вещества
Пилокарпус перистолистный.
II. Растения, содержащие холино-
литические вещества
Красавка, белладонна, сонная
одурь
Дурман индейский
**Дурман обыкновенный, дурман
вонючий**
Белена черная
Крестовник плосколистный
III. Растения, содержащие антихо-
линэстеразные вещества
Физостигма ядовитая, калабарский
боб

Подснежник Воронова

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ
ГАНГЛИОБЛОКИРУЮЩИЕ
ВЕЩЕСТВА*

Софора толстодлодная

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ
КУРАРЕПОДОБНЫЕ ВЕЩЕСТВА*
Живокость высокая

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,

*СОДЕРЖАЩИЕ
СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ
ВЕЩЕСТВА*

Настурция большая
Гледичия обыкновенная
Амми зубная
Пастернак посевной
Вздутоплодник мохнатый.

Мята перечная
Морковь посевная

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ СЕРДЕЧНЫЕ
ГЛИКОЗИДЫ*

Страфант Комбе
Желтушник серый
Ландыш майский
Кендырь коноплевый
**Адонис весенний, горицвет, чер-
ногорка**

Джугт длинноплодный
Обвойник греческий
**Наперстянка красная (напер-
стянка пурпуровая)**

Неперстянка шерстистая
Наперстянка ржавая
Наперстянка реснитчатая
Олеандр обыкновенный
Харг (гомфокарпус) кустарниковый
Морозник кавказский
Морской лук
Аморфа кустарниковая

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА,
ПОВЫШАЮЩИЕ ТОНУС
СОСУДОВ*

Эфедрa хвощевая (хвойник хвоще-
вой, горная эфедрa)
*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА,
ПОНИЖАЮЩИЕ
АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ*
Раувольфия змеиная
Шлемник байкальский
Рябина черноплодная

Астрагал шерстисто цветковый
Солянка Рихтера
Магнолия крупноцветковая
Омела белая
Эвкоммия вязолистная
Клопогон даурский, цимицифуга
Барвинок малый

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗЕ*

Диоскорея кавказская
Боярышник кроваво-красный
Боярышник колючий
Боярышник пятипестичный
**Роза коричная (шиповник ко-
ричный)**
Лен обыкновенный (долгунец)
**Ламинария сахаристая (морская
капуста)**
Лук
Чеснок
Земляника лесная

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ВЕЩЕСТВА,
ОБЛАДАЮЩИЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
И ОБЩЕУКРЕПЛЯЮЩИМИ
СВОЙСТВАМИ*

Паслен дольчатый
Картофель
Черёда трехраздельная
**Ромашка ободранная, ромашка
аптечная**
**Толокнянка обыкновенная, мед-
вежья ягода**
**Календула лекарственная, ногот-
ки**
Сосна лесная, или обыкновенная
Тысячелистник обыкновенный
Алоэ древовидное
Очиток большой
Коровяк скипетровидный
Девясил высокий
Алтей лекарственный

Шалфей лекарственный
Шалфей эфиопский, ключ-трава
Шалфей мускатный
Ятрышник пятнистый, салеп, ку-
кушкины слезки
Облепиха крушиновая
Зверобой продырявленный
Кипрей, хаменериум узколист-
ный, Иван-чай
Айва продолговатая
Виноград культурный
Актинидия острая (кишмиш).
Смородина черная
Рябина обыкновенная
Цитрус уншиу, мандарин япон-
ский
Лимон
Вишня обыкновенная
Клюква четырехлепестная
Хурма кавказская

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.*

Капуста белокочанная.
Сушеница топяная, сушеница бо-
лотная
Подорожник блошный
Подорожник большой

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОБЛАДАЮЩИЕ
ЖЕЛЧЕГОННЫМИ
СВОЙСТВАМИ*

Барбарис амурский
Барбарис обыкновенный
Бессмертник песчаный
Льнянка обыкновенная
Чистотел большой
Кукуруза, маис

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
СОДЕРЖАЩИЕ ГОРЕЧИ*

Одуванчик лекарственный
Золототысячник зонтичный
Хрен обыкновенный

Редька посевная
Полынь горькая
Лук репчатый
Аир
Тмин обыкновенный

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОБЛАДАЮЩИЕ РВОТНЫМИ И
ОТХАРКИВАЮЩИМИ
СВОЙСТВАМИ*

Ипекакуана обыкновенная
Анис обыкновенный
Дягиль лекарственный, аптечный
Солодка голая

Бузина черная
Фенхель обыкновенный, укроп
Мыльнянка лекарственная
Первоцвет весенний
Мать-и-мачеха обыкновенная,
камчужная трава
Тимьян ползучий, богородская
трава

Тимьян обыкновенный
Фиалка трехцветная, Иван-да-
Марья, анютины глазки
Термопсис ланцетный, пьяная тра-
ва, мышатник
Истод сибирский
Береза бородавчатая

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОБЛАДАЮЩИЕ
СЛАБИТЕЛЬНЫМИ
СВОЙСТВАМИ*

Кассия узколистная
Кассия остролистная
Крушина ольховидная, ломкая
Жостер слабительный, крушина
слабительная
Клещевина обыкновенная
Ревень тангутский
Горец почечуйный, почечуйная
трава
Стальник полевой (пашенный)

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,

*ОБЛАДАЮЩИЕ
ЗАКРЕПЛЯЮЩИМИ И
ВЯЖУЩИМИ СВОЙСТВАМИ*

Щавель конский
**Фисташка настоящая, фисташ-
ковое дерево**
Сумах дубильный
Ольха серая, ольха белая
Черемуха обыкновенная
Кровохлебка лекарственная
Дуб черешчатый
Горец птичий, спорыш
Горец мясо-красный

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ТОНИЗИРУЮЩИЕ МАТКУ, И
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЕ*

Спорынья
Калина обыкновенная
Горец перечный, водяной перец
Пастушья сумка
Арника горная
Крапива двудомная
Осока парвская

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
ОБЛАДАЮЩИЕ
ДИУРЕТИЧЕСКИМИ
СВОЙСТВАМИ И
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ*

МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Почечный чай
Брусника
Можжевельник обыкновенный
Марена красильная
Полынь метельчатая
Арбуз обыкновенный.
Василек синий, посевной
Петрушка огородная
Лопух, репейник
Хвощ полевой
Персик обыкновенный

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ,
УСИЛИВАЮЩИЕ ИЛИ
ОСЛАБЛЯЮЩИЕ
ПОТООТДЕЛЕНИЕ*

Липа сердцевидная.
Лиственничная губка,
Малина обыкновенная

*ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ
АЛКОГОЛИЗМЕ*

Плаун булавовидный, баренец

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ

Кубышка желтая

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Аничков С. В. Нейрофармакология.- Л.,1982.
2. Битенский В. С. Наркомании у подростков.- Мн., 1989.
3. Военная неврология/ Под ред. М.М. Одинака. – СПб: ВМедА, 2004
4. Военная психиатрия/ Под ред.С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея.- СПб ВМедА, ЭЛБИ- СПб., 2001.
5. Губский Ю. И., Шаповалов В. В. Лекарственные средства в психофармакологии.- Киев, 1998.
6. Дмитриева Г. Б. Клиническая психиатрия.- М., 1998.
7. Ещенко Н. Д. Биохимия психических и нервных болезней.- СПб., 2004.
8. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия.- М., 1994.
9. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология.- М., 1991. Муравьева Д. А. Фармакология.- М., 1998.
10. Люльман Х., Мор К., Хайн Л. Наглядная фармакология.- М.: Мир, 2012.
11. Нейрохимия/ Под ред. И. П. Ашмарина и П. В. Стукалова.- М.,1996.
- 12.Харкевич Д. А. Фармакология.- М., 2004.

Дополнительная

1. Андреев Б. В. Ноотропные средства//Мир медицины.- 1998.-№8.
2. Бенькович Б. И. Психофармакологические препараты и нервная система. Ростов-на-Дону, 1999.
3. Вальдман А. В.,Козловская М. М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса.- М., 1979.
4. Громова О. А. Нейрометаболическая фармакотерапия/ Под ред. Е.М. Бурцева. – М.,2000.
5. Данилова Н. Н. Психофизиология.- М., 2001.
6. Закусов В. В. Фармакология центральных синапсов.- М.,1973.
7. Зезеров Е. Г. Алкоголизм. Биохимические основы патологических процессов/ Под ред. Е. С. Северина.-М., 2000.
8. Каркищенко Н. Н. и соавт. Основы клинической фармакологии: Психофармакология.- Ростов-на Дону. 1982.
9. Ковалев Г. В. Ноотропные средства.- Волгоград, 1990.
10. Кратин Ю. Г., Сотниченко Т. С. Неспецифические системы мозга.- Л.,1987.
11. Машковский М. Д. Лекарственные средства.-М., 2004.
12. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика.- М., 1981.
13. Психиатрия,психосоматика,психотерапия / КискерК.П., Фрайбергер Г..- М.:Алетейа,1999.
- 14.Рустанович А. В., Шамрей В. К. Клиническая психиатрия.- СПб., 2006.
- 15.Фридман Л. С.,Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г.и др. Наркология/ Пер. с англ. –СПб., 2000.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

ТЕСТ, ВЫЯВЛЯЮЩИЙ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ (AUDIT)

Обведите кружком ответы, верно отражающие вашу ситуацию

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 или более раз в неделю
2. В каком количестве Вы употребляете алкогольные напитки, когда выпиваете?				
1-2 стакана	3-4 стакана	5-6 стаканов	7-9 стаканов	10 или более стаканов
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более стаканов?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы выпили накануне?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?				
Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
9. Не стало ли чрезмерное употребление Вами алкогольных напитков причиной полученных Вами или кем-то другим травм?				
Нет		Да, но не в прошлом году		Да, в прошлом году
10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу Вашего пьянства или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?				
Нет		Да, но не в прошлом году		Да, в прошлом году

Процедура подсчета баллов теста AUDIT

1-8 вопросы оцениваются по шкале 0, 1, 2, 3 или 4 балла;

9-10 вопросы оцениваются – 0, 2 или 4 балла;

Ответы имеют следующие баллы:

	0	1	2	3	4
Вопрос 1	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 или более раз в неделю
Вопрос 2	1-2 стакана	3-4 стакана	5-6 стаканов	7-9 стаканов	10 или более стаканов
Вопросы 3-8	Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
Вопросы 9-10	Нет		Да, но не в прошлом году		Да, в прошлом году

Минимальное количество баллов (для непьющих) – 0, максимально возможное – 40. Если вы набрали 8 или более баллов, это свидетельствует о большой вероятности того, что употребление алкоголя опасно или вредно для вашего здоровья.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ НАРКОЛОГИЯ

ПРИМЕР 1: НАРКОМАНИЯ

Рауса Ч, 15 лет. Выросла в асоциальной семье, отец и мать неоднократно судимы. Старшая сестра и дед по отцу страдают хроническими психическими болезнями, у тетки со стороны матери – психическое расстройство после потери слуха.

В 6 месячном возрасте перенесла тяжелый грипп, осложнившийся серозным менингитом. Развивалась без задержки. Рано научилась и любила читать. Но в школе училась плохо, дублировала 1-й, 2 -й и 4-й классы, не хотела заниматься, рвала тетради, ссорилась с одноклассниками, но в то же время учителя отмечали ее начитанность. Окончив 4 класса, в 13 лет вообще бросила учебу. С 9 лет начала курить, с 13 лет под влиянием матери «для подъема настроения» принимала различные лекарственные средства в больших дозах (седуксен, димедрол и др). К алкоголю склонности не обнаружила.

Месячные с 14 лет. В том же возрасте, с ее слов, якобы была изнасилована. Дальнейшую половую жизнь отрицает. После ареста матери была взята теткой, с нею стала конфликтовать, отказывалась пойти в школу, неоднократно убегала от неё, украв небольшую сумму денег, и где то скрывалась. Комиссией по делам несовершеннолетних была направлена в специальное ПТУ. При поступлении пыталась тайком пронести в спальню коллекцию порнографических открыток. В ПТУ не могла ужиться с другими воспитанницами, держалась особняком. Нарочно совершала проступки, чтобы быть наказанной и «побыть одной». Жаловалась на плохое настроение, бессонницу, высказывала суицидные намерения. Училась хорошо, обнаружила большие способности и усидчивость, за год с лишним прошла программу 5-го, 6-го и 7-го классов. При обследовании психиатром подтвердила наличие суицидных мыслей (не может жить в общей спальне), сниженное настроение. Заявила, что подруги ей не нужны были никогда – «одной лучше», что «все» смотрят на нее как на «никчемную и никому не нужную».

Физически развита по возрасту.

На груди татуировка над грудиной – крестик, в складке под левой грудной железой («на сердце») – мужское имя. При неврологическом осмотре – без отклонений.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован смешанный – шизоидный и сенси-

тивный. Установлены выраженная реакция эмансипации и низкая конформность (оба признака свойственны шизоидам). Самооценка – неопределенная, достоверно черт какого либо типа не выступило, однако отчетливо отрицаются черты гипертимного и конформного (свойственно шизоидам), а также истероидного и лабильного типов.

Диагноз. Психопатия шизоидно неустойчивого типа выраженной степени, наркомания.

Катамнез. После окончания ПТУ – около года работала по приобретенной специальности, затем, не объясняя причины, бросила работу и уехала в неизвестном направлении

ПРИМЕР 2: ПОЛИНАРКОМАНИЯ. ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ 2 СТАДИЯ

Павел Н., 16 лет. Наследственность не отягощена. В детстве рос и развивался нормально, болел паротитом, корью. В возрасте 10 лет перенес сотрясение головного мозга, в дальнейшем чувствовал себя хорошо, невропатологом не наблюдался. Припадки с потерей сознания, энурез отрицает. Родители рабочие, три года в разводе. Отец ушел из семьи к другой женщине. До этого обстановка в семье была благополучной, конфликты – редкими. С 3 лет посещал детский сад, легко адаптировался в детском коллективе. В школу пошел в 7 лет. В 1-м и 2-м классах учился на «отлично». В 4-м классе успеваемость снизилась. Объясняет это тем, что на уроках «было скучно», «хотелось пошалить». В классе образовалась группа детей, нарушающих дисциплину, «срывающих» уроки. В этой компании Н. играл одну из главных ролей. Н. удавалось «выкрутиться», избежать наказания. Сохранял интерес к урокам истории, литературы. Был чрезвычайно живым, подвижным мальчиком. Позднее поведение Н. ухудшилось, дрался со сверстниками. Родители ругали сына, но никогда не били. Много времени проводил на улице, играл в футбол, некоторое время занимался боксом в ДСШ. Вскоре прекратил тренировки-«надоело». Преследовал цель «научиться защищаться, а не стать чемпионом». Окончил 8 классов с хорошими и удовлетворительными оценками. Поведение было оценено как удовлетворительное. В это время начались конфликты в семье Н., приведшие к разводу родителей. «Не понимал, что происходит», осознал все лишь после ухода отца. Отнесся к разводу родителей «беззаботно», «не представлял себе всё». Отец сохранял тесный контакт с сыном, часто виделся с ним. В конце 8-го класса Н. начал «гулять»: ночью ходил по городу в компании делинквентных подростков, вступал в драки со случайными прохожими, «забирали мелочь», лазили в чужие сады, рвали черешню. Иногда не ночевал дома. В это время впервые познакомился с наркотиками. Об их существовании знал «с 4-го класса». В компании подростков курил «план», один раз принял таблетки «радика» (радедорма), после чего «была аллергия». Изредка употреблял сухое вино. Дважды нюхал пятновыводитель, но испытывал «тяжелый дурман», ощущение не понравилось. Внутривенно вводил кофеин, димедрол. Действовал по совету «учителя»,

имевшего опыт употребления наркотиков. С 15 лет начал колоться самодельным экстрактом опия – так называемой «химией». Сразу же выделил этот наркотик среди других, прекратил употребление гашиша и снотворных таблеток. При отсутствии «химии» либо сухого мака изредка употреблял снотворные (радедорм, ноксирон). Вводил себе «химию» практически ежедневно, ориентировочная доза – 2-3 мл раствора. Наркотик приобретал у других наркоманов. На протяжении полутора лет доза возросла (начальная доза-0,5 мл «химии»). Несколько раз на протяжении этого периода «обрывал» приём наркотика. Ведущим мотивом прекращения наркотизации был так называемый «отврат» – осложнения от внутривенного введения недоброкачественного наркотика. Несколько раз бывал «труханец»-знобило, поднималась высокая температура. В течение нескольких суток испытывал умеренные явления абстиненции – «крутило ноги». Сон, аппетит не нарушались, желудочно-кишечных расстройств не было.

В течение года встречался с девушкой. Девушка пыталась отговорить Н. от употребления наркотиков, но он ее «слушать не хотел». Поддерживал с ней интимные отношения. Один раз был жестоко избит: «распустили слух, что я барыга, торгую наркотиками, выяснял отношения».

При профилактическом осмотре выявлены следы от внутривенных инъекций, Н. был поставлен на учет и направлен на лечение в стационар.

При поступлении: правильное телосложение, удовлетворительное питание. На коже левого предплечья-татуировка: паук с жалом в виде иглы, ползущий «к вене». На коленях также татуировка – «звезды». По ходу вен предплечий – множественные следы от внутривенных инъекций различной давности, некоторые места инъекций прижигались сигаретой, расцарапаны в целях «маскировки». Тоны сердца несколько приглушены. Выявляется болезненность при пальпации в области правого подреберья. Язык обложен коричневатым налетом. Неврологический статус: зрачки расширены, реакция их на свет атонична; нистагмоз в крайних отведениях глазных яблок, положительный хоботковый рефлекс; резко оживлены сухожильные и периостальные рефлексy; гипергидроз кожи ладоней, тремор век, пальцев вытянутых рук. Психический статус: правильно ориентирован, при общении теряет чувство дистанции, однако скорее доброжелателен. Откровенно рассказал об обстановке в семье, отношениях с делинквентными сверстниками. Диссимулировал наркологический анамнез, давал совершенно нелепые, демонстративно неправдоподобные объяснения. Так, комментируя наличие следов от инъекций по ходу вен, заявил, что его «искусали комары, из вены кровь слаще». Несмотря на то, что врачу был известен смысл татуировок, имеющихy у Н., пытался дать «камуфляжное» объяснение их значения. Неожиданно заявил, что расскажет правду, если «в историю болезни ничего не запишут». В процессе беседы нарастала лабильность настроения, отказался разговаривать с врачом. Через час рассказал, что его беспокоят абстинентные явления, просил прощения. В течение недели наблюдался развернутый абстинентный синдром

с выраженными нейровегетативными желудочно-кишечными расстройствами, диссомнией. Постепенно состояние улучшилось. В группе подростков легко адаптировался, был «заводилой», пел песни под гитару, охотно рисовал. Сюжеты рисунков либо были связаны с употреблением наркотиков, либо отражали увлечение Н. «тяжелым металлическим роком». Был весел, активен, постоянно оживлен. Несмотря на склонность к игнорированию требований режима отделения, пользовался доверием со стороны среднего медицинского персонала. Во время групповых психотерапевтических занятий был активен, поддерживал позицию врача. Суждения были поверхностны, неоправданно оптимистичны. Запас основных школьных знаний (за исключением математических дисциплин) удовлетворителен. Вместе с тем ничем особо не интересовался.

Психологическое исследование: способность к концентрации внимания недостаточна, показатели проб на запоминание – в пределах нормы, изменения «органического спектра» в тесте Бентона и рисуночных пробах отсутствуют. Интеллектуальное развитие, по данным теста Векслера, соответствует среднему уровню (IQ = 96). При заполнении опросника ММРІ был рассеян, легко отвлекался. Данные опросника (наивысший «пик» – на шкале «гипомания») свидетельствует о повышенном уровне активности, высокой самооценке, склонности к лидерству, недостаточной способности к планированию поведения, экстравертированности подростка. Данные ПДО также свидетельствуют о характерологическом отклонении по гипертимному типу.

Диагноз: опийная наркомания, II стадия, заместительный полинаркотизм; акцентуация характера по гипертимному типу. По окончании лечения выписан. Катамнез спустя 9 мес: работает на одном предприятии с отцом, характеризуется положительно. Регулярно посещает подросткового нарколога. Наркотических веществ не употребляет.

ПРИМЕР 3: ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Алексей Г., 17 лет. Мать страдает хроническим алкоголизмом, отец также склонен к выпивкам. Три года назад родители разошлись – подросток сам захотел жить с отцом. Окончил 8 классов, учился посредственно. По своему желанию поступил учеником повара в ресторан на вокзале. Полгода назад был ушиб головы с потерей сознания. Еще с 13 лет в компании подростков стал выпивать. Последние два года регулярно и интенсивно алкоголизировался уже в малознакомых компаниях. Уже год как сам стал инициатором выпивок (почти ежедневно после работы в ресторане). Раньше предпочитал вино, теперь стал пить водку – до 0,5 л и более на приём. В опьянении всегда «радостное настроение», очень общителен, легко заводит знакомства. Последние полгода исчез рвотный рефлекс на передозировку. Отдельные события во время опьянения стали выпадать из памяти. Например, не помнил, кому, будучи пьяным, «подарил» свой пас-

порт. Дважды пьянствовал непрерывно по несколько дней – на работе прогулы покрывали.

За день до поступления в подростковую психиатрическую клинику в состоянии опьянения по предложению малознакомого подростка принял несколько каких-то таблеток на букву «ц». Последующую ночь дома не мог уснуть – сперва снились страшные сны, а потом не спал, слышались какие-то странные шорохи, за окном увидел «парней в цветных куртках», один из них кричал, что убьет его. Боялся, что с ним «расправятся». Наутро все прошло, понял, что мерещилась чепуха, пошел на работу, где в этот день ему была сделана прививка поливакциной. Вечером дома поднялась температура. Помнит, что горела голова, остужал ее под холодным душем. О последующем рассказывает путанно. Не помнит, как оказался в больнице, но красочно рассказывает о ярких зрительных галлюцинациях: видел парней, которые договаривались с ним расправиться: за окном увидел приятелей, видел, как они бросили ему в окно пачку сигарет (очень хотелось курить), искал на полу сигареты – не мог найти. Слышал мужской голос, грозивший его убить. Больницу сперва принял за милицию.

После инъекции аминазина сразу уснул и наутро проснулся без психотических явлений с полной критикой к пережитому. Несмотря на астению, быстро перезнакомился с подростками, потянулся к асоциальным и сразу стал лидером среди них.

В беседе был общителен, живо рассказывал о своих выпивках и о пережитых галлюцинациях. Признался, что работать в вокзальном ресторане ему надоело – «каждый день одно и то же» – хочет перейти в вагон-ресторан, чтобы поездить по стране. Половая жизнь с 15 лет-случайные связи. Жениться не желает – «хочу погулять на свободе». С отцом отношения хорошие.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. При неврологическом осмотре – без отклонений. На ЭЭГ – умеренные диффузные изменения.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки установлена склонность к диссимуляции личностных отношений и диагностирован гипертимный тип. Отмечена очень высокая психологическая склонность к алкоголизации. Самооценка – удовлетворительная: по шкале субъективной оценки достоверно выступили гипертимные черты, отрицаются черты сенситивные и выявлена амбивалентность в отношении черт неустойчивого типа.

Диагноз. Перенес интоксикационный делирий. Хронический алкоголизм (первая стадия) на фоне акцентуации характера гипертимно-неустойчивого типа.

Катамнез через 2 года. Снят с учета в диспансере и призван в армию.

ПРИМЕР 4: АЛКОГОЛИЗМ

Луиза В., 14 лет. Мать без определенных занятий, вела разгульный образ жизни, лечилась от хронического алкоголизма. Об отце ничего неизвестно.

Родилась от беременности с тяжелым токсикозом, недоношенной. Еще в родильном доме мать от нее отказалась. До 6 лет воспитывалась в Доме младенца, затем в Детском доме. Развивалась с задержкой: ходить начала с 2 лет, фразовая речь – с 3 лет. Часто болела пневмониями. С детства была раздражительной, вспыльчивой, грубой, драчливой, наблюдались онихофагия и трихотилломания, до 12 лет – энурез. В возрасте 6 лет была удочерена одинокой женщиной. Когда исполнилось 14 лет, ее приемная мать, не в силах с нею управиться, отказалась от нее. С 1-го класса школы училась с трудом из-за неусидчивости, несобранности, рассеянности. В 10 лет была переведена из обычной школы в интернат – в прежней школе была груба, избивала одноклассников. С 11 лет в интернате почти не жила в связи с частыми побегами. Первые побеги начались с 5 лет – убегала из детского дома, затем от приемной матери, чтобы «погулять», бродила по улицам. С 12 лет стала совершать дальние поездки, в основном на попутных машинах – побывала во многих городах. С того же времени стала курить, а затем и выпивать с подростками старше себя. Предпочитала пить водку, самогон. В последнее время во время побегов пила почти ежедневно до 0,5-0,7 л водки в день. В состоянии опьянения из того, что с нею было, «ничего не помнила». Около года, как стало тянуть опохмелиться по утрам.

Месячные с 10 лет. С 9 лет – упорный онанизм, мастурбировала по 2-3 раза в сутки. С ее слов, половую жизнь начала с 10 лет со старшими делинквентными подростками. В 14 лет забеременела, сделан аборт. Во время побегов вела беспорядочную половую жизнь, заразилась гонореей. Практиковала перверсивные способы сношений. С 9 лет совершала мелкие кражи у приёмной матери, во время побегов воровала съестное из магазинов самообслуживания. В последнее время стала красть спиртные напитки. Однажды так хотелось выпить, что разбила витрину магазина и похитила водку.

Из побегов возвращалась к приёмной матери похудевшая, оборванная. По словам последней, сразу начинала конфликтовать, стараясь довести ее до ярости, находя в этом «наивысшее наслаждение».

Комиссией по делам несовершеннолетних была направлена в специальное ПТУ. Здесь были отмечены ее угрюмость, неподчинение режиму, вспыльчивость, злопамятность, лживость. Хитрила, скрывала компрометирующие её сведения, утверждала, что якобы приемная мать вынудила вести ее аморальный образ жизни. Училась удовлетворительно, увлекалась книгами «про войну» – любила читать о зверствах и жестокостях оккупантов. Захотела получить специальность маляра, так как на этой работе «хорошо платят». Запас знаний был скудным, но в житейских ситуациях ориентирова-

лась очень хорошо. Вскоре стала опекать красивую воспитанницу, бурно ревновала ее к другим соученицам, стала побуждать к гомосексуальным сношениям. Когда другие воспитанницы её высмеяли, нанесла себе на предплечье множественные поверхностные порезы. В прошлом гомосексуальные связи категорически отрицала, но призналась, что всегда мечтала стать мужчиной.

Физическое развитие с выраженной акселерацией – выглядит совершенно взрослой. Телосложение диспластическое. На предплечье татуировка – собственные инициалы.

При неврологическом осмотре отмечены недостаточность конвергенции левого глазного яблока, равномерное резкое усиление сухожильных рефлексов. Стойкий красный резкий дермографизм.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован эпилептоидный тип. Имеется указание на возможность формирования психопатии этого типа. Отмечена повышенная склонность к алкоголизации. Самооценка – недостаточная: достоверно черт какого-либо типа не выступило и не отрицалось.

Диагноз. Органическая психопатия эпилептоидного типа тяжелой степени. Хронический алкоголизм (II стадия).

Катамнез. В связи со стойкими активными гомосексуальными склонностями была направлена на обследование в психиатрическую больницу. После выписки была трудоустроена с общежитием, но работу вскоре бросила, уехала в неизвестном направлении.

Приложение В

ПРОГНОЗ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ

Опиатная наркомания часто является хроническим, рецидивирующим заболеванием. Изучение этого вида наркомании показывает, что прекращение применения наркотика – процесс очень медленный и **большая часть** пациентов не заканчивает лечения. К факторам риска возврата к злоупотреблению опиатами относятся: психопатологические проявления (особенно, антисоциальные личностные нарушения), низкое социально-экономическое положение, слабая социальная поддержка, неудачные попытки повторного лечения. Хотя методы лечения опиатной наркомании продолжают совершенствоваться, становится понятным, что нет единого метода, который был бы пригоден для всех пациентов с опиатной зависимостью. Более того, каждый пациент должен получать индивидуальное лечение с ориентацией на образовательную и профессиональную реабилитацию и лечение возможного сопутствующего психического заболевания.

По данным ряда исследований лишь около 3% больных хронической наркоманией излечивается после длительного стационарного лечения в специализированных клиниках. По последним данным больные хронической опиатной наркоманией живут не более 10 лет. Прогноз излечения крайне сомнителен, скорее маловероятный, возможна лишь ремиссия в те-

чение семи месяцев и снятие ломки в результате квалифицированного подхода в условиях закрытых клиник.

ПРОГНОЗ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ СНОТВОРНЫМИ

Осложнения при этой форме многочисленны и гораздо более тяжелы, чем при опиомании. При интоксикации больной может умереть в результате суицида, несчастного случая или непреднамеренного передозирования. Барбитураты имеют второе место по обусловливанию смерти детей в условиях домашнего лечения из-за передозировки, уступая первое лишь аспирину. Барбитураты также занимают второе место после алкоголя как причина несчастных случаев со смертельным исходом, они также являются веществом, наиболее часто используемым для суицидов. Алкоголь и барбитураты оказывают аддитивные эффекты и их комбинация особенно опасна. Смерть от барбитуратов наступает в результате глубокой комы, остановки дыхания и сердечно-сосудистой недостаточности. Летальная доза варьирует в зависимости от способа использования наркотика, возбудимости центральной нервной системы и выработавшейся толерантности. В большинстве случаев для наркоманов, злоупотребляющих барбитуратами, отношение летальной дозы к дозе, вызывающей наркотический эффект, может колебаться от низкого 3:1, до высокого-50:1.

Для данной формы характерно крайне быстрое развитие энцефалопатии и тяжелого психо-органического синдрома.

Лечение при данном случае наркомании гораздо более прогностически благоприятно, чем при хронических опиатных наркоманиях, если не будет суицида.

Приложение Г

СЛОВАРЬ СЛЕНГА НАРКОМАНОВ

БАЛДЕЖ – сильное опьянение с оглушенностью, нередко достигается сочетанным действием алкоголя с транквилизаторами

БАШ – доза гашиша, обычно около 1 грамма

БОМБИТЬ ХОЛОДИЛЬНИК – поедать все съестные припасы в нем при сильном чувстве голода, возникающем в конце гашишного опьянения

БРЕЙКЕРЫ – подростки, страстно увлеченные "брейк-дансом" – сочетанием танца, элементов художественной гимнастики, акробатики, дзюдо, каратэ и пантомимы; обычно уклоняются от алкоголя и наркотиков

БЫТЬ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ – балдеть, въехать в хутор, заяхшило, кайфить, кайфовать, ловить кайф, осоветь, поплыть, приход заловить, сесть на иглу, сидеть на винте, тасковать (тосковать), тащиться, торчать, убиться, укататься, улететь

ГЛЮКИ – галлюцинации или онейродные переживания, вызванные ингалянтами циклодолом: "поймать глюки" – вызвать их с помощью этих средств

ГОНЕЦ – член группы наркоманов, занимающийся переноской и перевозкой наркотиков

ДЕРЖАТЬ НА ПОВОДКЕ – удерживать членов группы наркоманов в рабской зависимости за денежные долги

ДЖЕФ – эфедрон

ДИМА – димедрол

ДОЛГ – объявленная лидером группы наркоманов сумма денег (обычно значительная и сильно преувеличенная), которую ему "должен" каждый член группы

ДУРЬ – гашиш

КАЙФ – блаженное состояние с эйфорией

КАЧАЛКА – скрытое помещение (часто подвал) для совместных силовых гимнастических упражнений и борьбы ("накачивания мышц"); здесь же могут делать инъекции анаболических стероидов

КИНУТЬ – ввести какое-либо средство внутривенно

КОДА – кодеин

КОКНАР – отвар молодых головок мака, который концентрируют выпариванием и полученный препарат вводят внутривенно

КОКТЕЙЛЬ Джеф – эфедрон

КОЛЕСА – любые препараты в виде таблеток

КОСЯК – сигарета с гашишем

КРОЛИК – самый зависимый от всех членов группы наркоманов, которого за "долги" используют для испытания действия самодельных препаратов

КУБ – 1 мл раствора

КУКНАР – то же, что кокнар

КУМАР – то же, что "ломка", т.е. абстиненция

ЛОМКА – абстиненция на 2-ой стадии опийной наркомании (название происходит от ломящей боли в мышцах)

МАРИЯ – опий МАРФА – морфин

МАРЦЕФАЛЬ – эфедрон МАРЬЯНКА – опий

МАШИНА – шприц

МУЛЬКА – эфедрон

МУЛЬТИКИ – галлюцинации в виде подвижных маленьких человечков и зверюшек, напоминающие мультипликационные фильмы. Возникают при действии ингалянтов.

МУРЦОВКА – эфедрон

НАРКОМАН – глухой, занюханный, кругляк, наркота, планкеш, старый, таблеточный, торчок, ширевой, шмаровой

НАРКОТИКИ – анаша, балда, банг, беленькие, беляшка, бензолка, бешенка, божья травка, верёвка, дурь, жёлтые, иней, кайф, канабис, кашлевые, кишмиш, клевер, кукнар, кукс, калёса, корм, кругляк, лёд, леди, марфет, марфа, марфуша, наркоша, нюхара, атрава, песок, план, пластилин,

рафенад, сено, серики, сушняк, товар, трава, турецкий табак, халва, центровое куриво, черняшка, чума, шириво, шлак.

НОКСА – ноксирон

ОМОЛОДИТЬСЯ – снизить толерантность к наркотику, намеренно для этого перенести абстиненцию

ОТВРАТ – необычная тяжелая реакция на привычную дозу наркотика в виде дурноты, рвоты, обморока

ОПИУХА – опий

ОТРУБ – опьянение с последующей полной амнезией

ПАРИТЬСЯ – вдыхать пары ингалянтов

ПАХАН – главарь группы, обычно с уголовным прошлым

ПЛАН – гашиш

ПОНИМАТЬ – умение уловить и с наиболее приятными ощущениями пережить наркотическое опьянение

ПРИХОД – вегетативная реакция и выраженная эйфория сразу же после внутривенного вливания наркотика

РАСКУМАР – купирование абстиненции дозой наркотика, не вызывающей наркотического опьянения; "доза на раскумар" – минимальное количество наркотика, необходимое для устранения тягостных явлений абстиненции

СЕЗОН – млечный сок с головок мака, собранный для приготовления растворов, используемых для внутривенного вливания

СЕНЦО – маковая соломка

СЕСТЬ НА ИГЛУ – пристраститься к внутривенным вливаниям

СЕСТЬ НА ХВОСТ – привязаться к другому наркоману для того, чтобы тот бесплатно делился наркотиком

СЛОМАТЬ КАЙФ – надоедать и приставать к наркоману в момент наркотического опьянения, мешая ему насладиться

СОЛОМА – молотые головки мака

СОННИКИ – транквилизаторы

СТЕКЛО – ампулированные препараты

СТРИПТИЗ – визуализация сексуальных фантазий при действии ингалянтов

ТАСКА, ТАЩИТЬ – испытывать опийное опьянение

ТОРЧАТЬ – испытывать эйфорию, "кайф"

ТРУХАНЕЦ – лихорадочная реакция с сильным ознобом после внутривенного вливания самодельных препаратов, богатых примесями

ТУРЬЯК – опий

УПОТРЕБЛЯТЬ, ПРИНИМАТЬ (ПРИНЯТЬ) НАРКОТИКИ – балдеть, вколоть, вколаться, вмазаться, втирать, втыкать марафет, глотать веревку, глотать колеса, двигать, двигаться, забить косяк(косую), захавать, кинуть на кишку, колоться, лизать, обезьянничать, оторваться, планировать, плановать, плыть по плану, подкумарить, подкурить, пойти похехекать, разо-

гнать комара, раскумириться, расслабиться, сидеть на колесах, торчать по кайфу, торчать по колесам, ужалиться, уколоться, ширять, ширяться, шмы

УЧИТЕЛЬ – опытный наркоман, обучающий приготовлению самодельных препаратов и пользованию ими

ХАНКА – опий

ХАТА – квартира или помещение для выпивок, злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами, а также для сексуальных контактов

ХИМИЯ – "солома", т.е. молотые на мясорубке головки мака, обработанные химически.

ЧАЙ, ЧЕФИР – байкал, вторник, вторяк, грузинский, веник, деготь, запал, каша, копозитор, купец, купеческий, лапа, лапник, лапух, мазута, моча, музыка, насыпуха. нефеля. нифеля, паренка, первяк, рассыпуха, соломка, третьяк, цвай, цихнар, чайковский, черная полынь, черное дерево, чехнар, чифир, чихнарка, чуфа, шаван, шалфей, шанера, шар, шара, эликсир бодрости

ЧУХАТЬСЯ – чесаться вследствие сильного кожного зуда, возникающего после внутривенного введения опиатов

ШИРЕВО – опиаты, вводимые внутривенно

ШИРКА – самодельный стимулятор, содержащий производные первитина, который включен в список наркотиков

ШМЫГАТЬСЯ – вводить что-либо внутривенно

ШУСТРИЛА – член группы наркоманов, активный по добыче наркотиков

ЗАПИСКИ НАРКОМАНОВ

1. Игорь в субботу подкатят колёса-калики и беленькие отстегни, Таня.
2. Люба и Марина в ломке, нужен палтикян, срочно Стасик!
3. Разгрузили кокс берите
4. Вези насос – нечем качать колёса
5. Денис и Петя приехали из командировки. Привезли пластилин. Скажи Александру. Наташа.
6. Вырвал у Ромы-Цыгана 10 амнух за столярник Кудряш
7. Наташа извини. Вчера Димка с Валькой у чучмэков план достали. Обшабашился этой дурью как на зоне. Зарубку даю, больше не буду.

Учебное издание

НАРКОЛОГИЯ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

**Наглядные материалы к курсу лекций
для студентов, обучающихся
по специальности
1-23 01 04 «Психология»**

С о с т а в и т е л ь
Горбачев Александр Иванович

В авторской редакции

Ответственный за выпуск *А. И. Горбачев*

Подписано в печать 30.12.2013. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 4,42. Уч.-изд. л. 4,46. Тираж 50 экз. Заказ

Белорусский государственный университет.
ЛИ № 02330/0494425 от 08.04.2009.
Пр. Независимости, 4, 220030, Минск.

Отпечатано на копировально-множительной технике
факультета философии и социальных наук
Белорусского государственного университета.
Ул. Кальварийская, 9, 220004, Минск.